

ntog 01

2021

sinds 1889

GYNAECOLOGIE, ONCOLOGIE, PERINATOLOGIE EN VOORTPLANTINGSGENEESKUNDE

Met in dit nummer

- Overgang en duurzaamheid
- Zorg en reclame: een uitdaging
- Gedwee zorgweigeren accepteren?
- Het echoscopisch onderzoek van monochoriale tweelingen in de praktijk
- Physician assistant-klinisch verloskundige: de 'nieuwe' sterspeler binnen de obstetrie
- Mirtazapine bij therapieresistente hyperemesis gravidarum
- Een hete douche tegen het braken
- Eén dag post sectio naar huis, wat houdt ons tegen?
- De onverwacht verhaakte tweeling
- Ode aan de tissue
- Pregabaline: wel of niet tijdens de zwangerschap?

Colofon

REDACTIE

V. Mijatovic, hoofdredacteur (mijatovic@ntog.nl)
 J.W.M. Aarts, adjunct-hoofdredacteur
 W. Ganzevoort, voorzitter deelredactie perinatologie
 S.J. Tanahatoe, voorzitter deelredactie vpg
 J.W.M. Aarts, voorzitter deelredactie gynaecologie
 B.B. van Rijn, redacteur perinatologie
 F. Vernooij, rubrieksredacteur NOBT-BOBT
 R. van de Laar, rubrieksredacteur NOBT-BOBT
 F. Yarde, namens VAGO
 A.A. de Ruigh, rubrieksredacteur UNO
 A.W. Kastelein, rubrieksredacteur UNO
 J. Lind, rubrieksredacteur Gynfeud
 M.J. Janssen, illustrator
 A.C.M. Louwes, communicatieadviseur NVOG

LEDEN DEELREDACTIES

O.W.H. van der Heijden, perinatoloog
 K.D. Lichtenbelt, klinisch geneticus
 L.L. van Loendersloot, voortplantingsgeneeskundige
 N.O. Alers, perinatoloog
 M.H. Mochtar, voortplantingsgeneeskundige
 S.M. Mourad, gynaecoloog
 A.C.J. Ravelli, epidemioloog
 J.G. Smit, gynaecoloog
 W.B. de Vries, kinderarts-neonataloge

UITGEVER & REDACTIESECRETARIAAT

GAW ontwerp+communicatie b.v.
 Generaal Foulkesweg 72, 6703 BW Wageningen
 Ans Brom (bureau redactie)
 Ria Dubbeldam (eindredactie)
 Marieke Eijt (vormgeving)
 0317 425880 | redactie@ntog.nl | www.ntog.nl

ABONNEMENTEN (prijzen per jaar en incl. 9% btw)

Standaard € 201,-. Studenten € 88,00. Klinisch verpleegkundigen, lid van de NVOG € 88,00. Buitenland € 305,-. Studenten buitenland € 155,-.
 Abonnementen lopen per jaar van 1 januari t/m 31 december.
 Aanmelden en opzeggen van abonnementen en adreswijzigingen s.v.p. doorgeven aan de uitgever.

ADVERTENTIES

Brickx, Kranenburgweg 144, 2583 ER Den Haag
 070 3228437 | www.brickx.nl
 dhr. E.J. Velema | 06 4629 1428 | eelcojan@brickx.nl

OPPLAGE, VERSCHIJNING & VOLGENDE EDITIE

1.850 ex., 8 x per jaar.
 NTOG vol.134#2 verschijnt 13 maart 2021.

AUTEURSRECHT EN AANSPRAKELIJKHEID

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden veeleevoudigd of openbaar gemaakt, in enige vorm of enige wijze, digitaal noch analoog, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Redactie en uitgever verklaren dat deze uitgave op zorgvuldige wijze en naar beste weten is samengesteld; uitgever en auteurs kunnen evenwel op geen enkele wijze instaan voor de juistheid of volledigheid van de informatie. Redactie en uitgever aanvaarden dan ook geen enkele aansprakelijkheid voor schade, van welke aard dan ook, die het gevolg is van bedoelde informatie. Gebruikers van deze uitgave wordt met nadruk aangeraden deze informatie niet geïsoleerd te gebruiken, maar af te gaan op professionele kennis en ervaring en de te gebruiken informatie te controleren.

RICHTLIJNEN VOOR AUTEURS

Zie www.ntog.nl

BEELD OMSLAG

Schilderij Jacomina van Loon. p. 11

ADVERTEERDERS IN DIT NUMMER

Gedeon Richter | *Health is our mission*
 Hologic | *Fluent*
 MSD | *Bridion*
 Norgine | *Angusta*
 IGO Congres 2021 | *Virtuele Doelencongres*
 Besins Healthcare | *Oestrogel*
 Viatrix | *Insert*

ISSN 0921-4011

Inhoud

- Editorial**
- 4 **Geen baas in eigen buik**
 prof. dr. Velja Mijatovic
- Bestuur NVOG**
- 5 **De NVOG komt digitaal naar u toe!**
 dr. Astrid Vollebregt
- Kort Nieuws**
- 6 **Vaccinatie tegen COVID-19 rondom zwangerschap en kraambed | NVOG & duurzaamheid | Duurzaamheidsnieuws van Gynae Goes Green | Nieuwe (vice) voorzitters Koepel Opleiding en Koepel Wetenschap | Webinar Hormoontherapie | Masterclass Bevallingsgerelateerde PTSS & trauma | Gynfeud 2 | NTOG zoekt nieuw lid deelredactie Gynaecologie | Our man in Birmingham (5) | O wee**
- COVID-19**
- 8 **Vaccineren van zorgpersoneel**
 Astrid Vollebregt
- In Memoriam**
- 10 **Wilhelmus Jacobus (Wil) Honnebier**
 Kees Boer, Dick F. Swaab, Otto P. Bleker
- Ingezonden**
- 11 **Overgang en duurzaamheid**
 Dorenda van Dijken
- Actueel**
- 13 **Zorg en reclame: een uitdaging**
 M. van Lonkhuijsen
- Opinie**
- 15 **Gedwee zorgweigeren accepteren?**
 dr. Irene M. de Graaf, mr. Mei-Yan van Dijken, mr. Yuye Lanz *et al.*
- Gynae Goes Green**
- 20 **Daar zit een luchtje aan?!**
 dr. Anne Timmermans
- Concreto**
- 21 **VAGO ontstaan in roaring twenties of swinging sixties?**
 dr. F. Yarde
- Oorspronkelijke artikelen**
- 22 **Het echoscopisch onderzoek van monochoriale tweelingen in de praktijk**
 dr. L. van den Haak, drs. M. Gijtenbeek, I.M. Vogelesang *et al.*
- 27 **Physician assistant-klinisch verloskundige: de 'nieuwe' sterspeler binnen de obstetrie**
 R.E. Paters, N. van Duin, B. Engeltjes *et al.*
- 30 **Mirtazapine bij therapieresistente hyperemesis gravidarum**
 drs. M.J.E. van den Akker, dr. F.M. van Dunné, drs. E. Baptist
- 33 **Een hete douche tegen het braken**
 drs. M.W.M. Boere, drs. Y. Stroeken, dr. Q.D. Pieterse
- 36 **Eén dag post sectio naar huis, wat houdt ons tegen?**
 A.B. Collignon-Leenders, H. Munten-van Dijk
- 39 **De onverwacht verhaakte tweeling**
 dr. S.M. van der Kooij
- Column**
- 40 **Ode aan de tissue**
 drs. Mieke Kerkhof
- Hora Est**
- 41 **Integrating biomarkers for the individualization of endometrial cancer treatment**
 dr. Casper Reijnen
- Boekbespreking**
- 42 **Noem haar naam - op zoek naar een zusje dat er nooit is geweest**
 dr. Mariëlle van Pampus
- Zuiderland & Janssen**
- 44 **Kiezen voor een kind met beperkingen**
 drs. Marcel Zuiderland
- Boekbespreking**
- 46 **Hart & Hormonen - Fit de overgang in**
 dr. Selma Mourad
- Moeders van Morgen**
- 48 **Pregabalin: wel of niet tijdens de zwangerschap?**
 C.M. Hazelhoff MSc, S. Vorstenbosch MSc, drs. L. de Vries
- 49 **Antwoorden Gynfeud 2**
- OB GYN**
- 50 **Zuurstof voor moeder bij intra-uteriene resuscitatie? | Meer prolaps na laparoscopische of na vaginale hysterectomie? | Predictiemodel vaginale baring na eerdere sectio gevalideerd**
 dr. Floor Vernooij & dr. Rafli van de Laar *redacteurs*



Geen baas in eigen buik

prof. dr. Velja Mijatovic *hoofdredacteur*

Na de Tweede Wereldoorlog raakte de emancipatie van vrouwen in een stroomversnelling. In Nederland was een gehuwde vrouw, tot een wetswijziging in 1956, in juridische zin niet handelingsbekwaam. Dit betekende dat vrouwen tot dan niet zelfstandig een overeenkomst konden afsluiten zonder goedkeuring van haar echtgenoot. Een situatie die anno 2021 gelukkig ver weg van ons staat.

De introductie van de pil in Nederland in 1964 en de acties van de Dolle Mina's - 'baas in eigen buik' - leidden tot gendergelijkheid en uiteindelijk ook tot specifieke wetgeving zoals de Wet afbreking Zwangerschap (1984), die abortus in Nederland legaliseerde. Daarnaast kwamen vrouwenrechten onder de aandacht en werden er instellingen zoals het Blijf-van-m'n-lijfhuis opgericht. Op academisch vlak ontstond er aandacht voor vrouwengeschiedenis en genderstudies. En, in 2001 pionierde Nederland door als eerste land ter wereld het homohuwelijk te bekrachtigen, waarbij ook vrouwen met elkaar mochten trouwen. Verworvenheden die wellicht niet meer zo vanzelfsprekend zijn als wij nu om ons heen kijken in de Europese Unie (EU).

Zo zien wij bijvoorbeeld in een EU-land als Polen steeds meer schendingen van mensenrechten, inclusief gendergelijkheid en vrouwenrechten, die zorgen

baren. Sinds de nationaal-conservatieve partij Recht en Rechtvaardigheid in 2015 de presidents- en parlementsverkiezingen won, probeert de Poolse regering met nieuwe wetsvoorstellen vergaande hervormingen door te voeren. Hierdoor wordt de onafhankelijke rechtspraak aangetast, de vrije meningsuiting aan banden gelegd en de rechtsstaat uitgehold doordat de grenzen tussen de wetgevende, uitvoerende en rechterlijke macht vervagen waarmee de macht van de regering steviger wordt verankerd in een antidemocratisch politiek systeem.

In juli 2020 gaf Polen aan dat het zich terugtrekt uit het verdrag van de Raad van Europa (ook wel het verdrag van Istanboel genoemd) dat geweld tegen vrouwen en huiselijk geweld bestrijdt. Dit is een zorgelijke stap, maar ook een stap die onderdeel uitmaakt van een breder patroon dat zich aftekent in Europa waarbij vrouwenrechten worden ondermijnt. Wij zien in landen zoals Polen, Hongarije maar ook in Nederland al geruime tijd een politieke agenda ontstaan die anti-LHBT, antifeminisme, antiabortus en pro 'traditionele familie' is. Een voorbeeld hiervan was het tekenen van de zogeheten *Nashvilleverklaring* in 2019 door Kees van der Staaij waarbij homoseksuelen en transgenders worden afgewezen. Recenter voorbeelden zijn de 'LHBT-vrije zones' in Polen en de twee wetsvoorstellen die het Poolse parlement

dan ook niet verwonderlijk dat er grote verontwaardiging heerst onder Poolse vrouwen die ondanks de lockdown in beweging zijn gekomen en hun protest zichtbaar maakten met grootscheepse demonstraties. Ondertussen wordt buiten de EU, in diverse Amerikaanse staten, het recht op abortus, onder het mom van de strijd tegen COVID-19, frontaal aangevallen. Verschillende Conservatieve staten hebben abortussen om medische redenen opgenomen in de lijst van niet-dringende ingrepen. Ziekenhuizen die normaal abortussen uitvoeren, moeten die nu weigeren, anders wachten hen strafrechtelijke en financiële sancties.

Onlangs bereikten de Europese staats- hoofden en regeringsleiders een akkoord over de nieuwe meerjarenbegroting van de EU. In de aanloop hierop werden ze gegijzeld door Polen en Hongarije die gebruikmaakten van hun vetorecht. Mijns inziens mag dat recht niet meer gelden als mensenrechten, democratie en de rechtsstaat niet meer worden gewaarborgd in een EU-lidstaat. Europese fondsen mogen pas worden uitgekeerd wanneer lidstaten voldoen aan de fundamentele beginselen die zij hebben onderschreven toen zij lid werden van de EU. Aangezien Polen en Hongarije tot de grootste netto-ontvangers van Europese gelden behoren, zal een strengere financiële opstelling vanuit de EU ook politieke impact kunnen hebben en duidelijk kunnen maken waar de politieke, juridische en vooral morele grenzen liggen. Belangrijk in deze is dat de EU het signaal afgeeft dat men niet meer accepteert dat lidstaten gendergelijkheid en vrouwenrechten in Europa uithollen. Immers, als men zelfs geen baas in eigen buik meer mag zijn, dan is het hoog tijd om paal en perk te stellen aan politieke bewegingen die ons decennia terugwerpen in de tijd en de ongelijkheid herintroduceren. Een politieke keuze die op Europees niveau de hoogste prioriteit moet krijgen.



Protesten in Polen tegen de aanscherping van de abortuswet.

wilde indienen die abortus nog moeilijker zouden maken. Consequenties van het laatste zijn dat steeds meer Poolse vrouwen gedwongen worden een abortus te ondergaan in het buitenland met als alternatief te vervallen tot illegale abortuspraktijken in eigen land. Het is

De NVOG komt digitaal naar u toe!



dr. Astrid Vollebregt *voorzitter van het bestuur NVOG*

Voor u ligt het eerste nummer van 2021. Inmiddels is de eerste maand van het nieuwe jaar reeds verstreken, maar alsnog wil ik jullie allen namens het NVOG-bestuur een heel mooi en vooral gezond 2021 toewensen, ondanks de COVID-pandemie waar we nog middenin zitten.

Helaas is de COVID-pandemie nog niet voorbij. Tijdens het schrijven van deze column zijn de eerste vaccinaties in Nederland gezet en is het afhankelijk van de beschikbaarheid van de vaccins hoe snel iedereen gevaccineerd gaat worden. Tot die tijd zal COVID-19 een prominente plaats blijven innemen, zijn we een deel van onze vrijheid kwijt en hebben wij als zorgverleners het geluk dat we in ieder geval de deur nog uit kunnen om te gaan werken in de kliniek. Juist ook in deze tijd is het zo belangrijk om contact met familie, vrienden en collega's te houden.

Het bestuur vindt het belangrijk om contact te houden met alle leden en de mening van de leden te horen. Dit hebben we pre-COVID gedaan via de jaarlijkse ALV's, via de koepels en de pijlers, werkgroepen en commissies en ook informeel in de wandelgangen bij diverse bijeenkomsten zoals het Gynaecologisch congres en de thema-ALV's. Daarnaast brengen we de tweewekelijkse nieuwsbrief op vrijdagmiddag uit met informa-

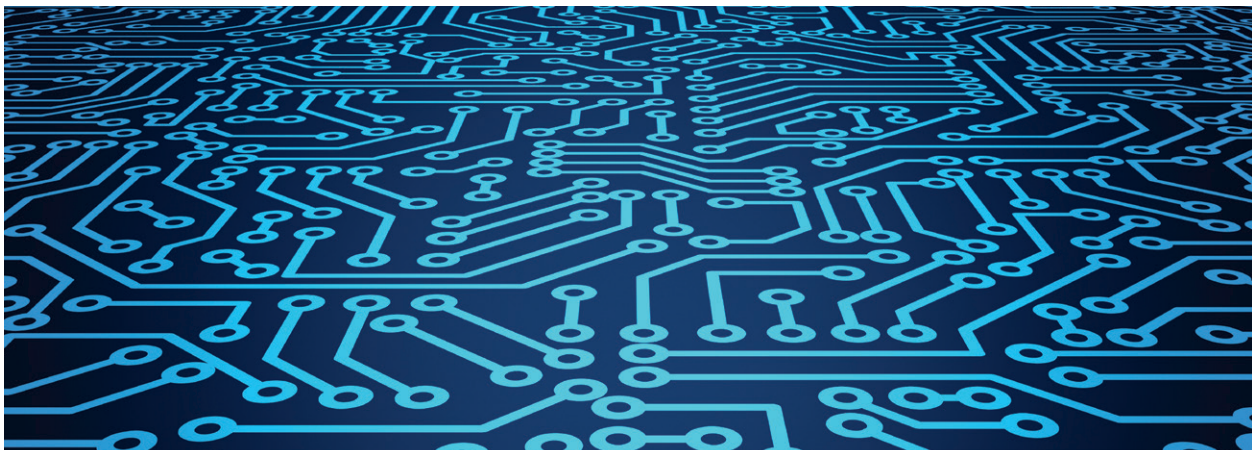
tie vanuit de NVOG. Ongeveer tien jaar geleden is het NVOG-bestuur gestart met het fysiek bezoeken van vakgroepen, waarbij jaarlijks een aantal vakgroepbezoeken werd ingepland. Het bestuur heeft deze bezoeken altijd als zeer waardevol beschouwd. Het geeft inzicht in wat er bij de diverse vakgroepen speelt op het gebied van regionale samenwerking, bedrijfsvoering, wetenschap en opleiding en wat de leden willen. Via de vakgroepen kregen we terug dat deze bezoeken altijd zeer gewaardeerd werden.

Gezien de tijdsinspanning bezochten we fysiek slechts een aantal vakgroepen per jaar. COVID-19 heeft een enorme versnelling gegeven in het digitaal communiceren. En ook al kijkt iedereen met smart uit naar fysieke ontmoetingen, de digitale communicatiemiddelen zullen in de toekomst meer gebruikt blijven worden dan in het pre-COVID-tijdperk. Bij uitstek blijkt digitaal communiceren zeer geschikt om vakgroepen 'gemakkelijker' te bereiken. Om een groter bereik te verkrijgen hebben we besloten de komende twee jaar (2021 en 2022) alle vakgroepen uit ziekenhuizen en zbc's te bezoeken via een 'digitale flitsontmoeting'. De NVOG komt digitaal naar u toe!

Inmiddels zijn de eerste flitsontmoetingen gepland, waaraan twee bestuursleden met een kleine afvaardiging van de

vakgroep (twee-drie vakgroeleden met eventueel een aios) via Zoom deelnemen. Ook zullen VAGO-leden en/of koepel-/pijler-bestuursleden gaan participeren. De volgende onderwerpen kunnen de revue passeren en van tevoren door de vakgroep worden voorbereid: *Wat verwachten de collega's van de vakgroep van het NVOG-bestuur? Welke specifieke zaken zijn er waar bestuur op korte termijn iets mee zou moeten/kunnen doen? Vitaliteit, patiëntparticipatie, integrale geboortezorg/bekostiging, deelname consortiumonderzoek?* De mening van de leden is voor het bestuur heel belangrijk. Onderwerpen die aan bod komen tijdens de flitsontmoeting zullen worden meegenomen naar de bestuursvergadering.

De digitale flitsontmoetingen zijn onderdeel van een breder communicatieplan dat we de komende periode verder zullen uitwerken. Het streven is om meer en/of andere digitale middelen in te gaan zetten in de communicatie, die ook aansluiten bij de behoefte van de leden. Naast deze flitsbezoeken willen we als bestuur laagdrempelig bereikbaar zijn. Dus weet ons of het bureau vooral te vinden bij vragen of een verzoek om de flitsontmoeting eventueel eerder in te plannen!



Vaccinatie tegen COVID-19 rondom zwangerschap en kraambed

De multidisciplinaire werkgroep COVID-19 en Zwangerschap heeft op 8 januari het standpunt *Vaccinatie tegen COVID-19 rondom zwangerschap en kraambed* gepubliceerd. De werkgroep adviseert gezonde zwangere vrouwen niet routinematig te vaccineren. Er zijn twee groepen die hierop een uitzondering vormen. De eerste groep betreft zwangere vrouwen met onderliggende ernstige ziekten. Bij de tweede groep gaat het om zwangere vrouwen met beroepen waarbij hoge en niet te vermijden expositie aan SARS-CoV-2 voorkomt en die volgens het Nederlandse prioriteringsschema voor vaccinatie in aanmerking komen. De werkgroep is verder van mening dat vaccinatie kan plaatsvinden bij vrouwen die borstvoeding geven. En hoewel de werkgroep dit niet propageert, ziet zij vooralsnog geen bezwaar tegen vaccinatie van mannen of vrouwen in de preconceptionele periode bij een kinderwens of vruchtbaarheidbehandeling. Toekomstige studies moeten de veiligheid definitief bevestigen. Voor meer informatie over de onderliggende ernstige ziekten en dergelijke verwijzen wij naar het betreffende standpunt: Standpunt Vaccinatie tegen COVID-19 rondom zwangerschap en kraambed 8-1-2021. Zie ook www.nvog.nl > Kwaliteitsdocumenten > Standpunten. *Bron: NVOG*

NVOG & duurzaamheid

De NVOG heeft eind 2020 het *Manifest voor Duurzamere Zorg* getekend, met als een van de doelen het samenbrengen van medici die zorgen delen over duurzaamheid. De ondertekening geeft uiteraard verantwoordelijkheden. Namens de NVOG gaan wij een landelijk netwerk van duurzaamheidsambassadeurs opzetten om op die manier onze ziekenhuizen binnen de gynaecologie & verloskunde te verduurzamen. Wat verwachten wij van deze duurzaamheidsambassadeurs:

- affiniteit met duurzaamheid,
- een schakelfunctie zijn tussen je

eigen ziekenhuis/vakgroep en de NVOG op het gebied van duurzaamheid,

- ambitie om je eigen afdeling groener te maken met behulp van door ons geleverde, concrete tips,
- terugkoppeling geven aan ons van de vorderingen (en drempels) binnen je ziekenhuis door middel van een korte enquête een paar keer per jaar,
- verspreiding van kennis en activiteiten op duurzaamheidsvlak (symposia, congressen, vergaderingen etc.).

Meld één gynaecoloog uit je eigen vakgroep aan bij: duurzaamheid@nvog.nl.
Bron: NVOG

Duurzaamheidsnieuws van Gynae Goes Green

Het NVOG-thema van 2021 is Duurzaamheid. Dit betekent de start van een nieuwe rubriek in de nieuwsbrief! Verder vragen we je aandacht voor:

- dinsdag 23 maart 19.30-21.00 uur. Webinar 'Hoe zit het met verontreiniging door medicijnen en wat kan ik er zelf aan doen?',
- donderdag 20 mei 13.00-16.00 uur. Online themamiddag Duurzaamheid met aansluitend om 16.00 uur de ALV (i.p.v. het voorjaars-Gynaecongres) Details en mogelijkheid tot inschrijving volgen.

Bron: NVOG

Stel je duurzaamheidsvraag aan Gynae Goes Green

Heb je een vraag of vragen over hoe je op bepaalde punten de duurzaamheid in je ziekenhuis/afdeling kunt verbeteren? Wij geven je graag antwoord in een Q&A-sessie in het NTOG. Mail daarvoor je vraag/vragen uiterlijk 12 februari naar duurzaamheid@nvog.nl o.v.v. 'Vraag voor NTOG!'

Nieuwe (vice)voorzitters Koepel Opleiding en Koepel Wetenschap

Jan van Lith is per medio november 2020 de nieuwe voorzitter van de Koepel Opleiding. Jan neemt na vijf jaar het voorzitterschap van Fedde Scheele over. De Koepel Wetenschap heeft vanaf dit jaar een nieuwe voorzitter in de persoon van Judith Huirne. Zij neemt het voorzitterschap over van Monique Haak. Wietske Hermes neemt het vicevoorzitterschap over van Lucet van der Voet. Tenslotte neemt Christianne de Groot het voorzitterschap van de Kwaliteitscirkel over van Astrid Vollebregt. Het NVOG-bestuur en de koepels danken Fedde, Monique en Lucet hartelijk voor hun inzet en wensen Jan, Judith en Wietske succes in hun nieuwe functies. *Bron: NVOG*

Owee

Twee bijdragen uit Rotterdam:

- Ik lees een echoverslag, gemaakt door de radioloog van een adipeuze patiënte. De conclusie is snoeihard: ze is 'niet echogeniek'.
- NovaSure
Een rasechte Rotterdamse komt bij mij voor een second opinion vanwege menorrhagie. Ze zegt: 'Dokter, er is mij een inwendige crematie aangera- den, maar ik ben als de dood, daarom kom ik nu bij u langs'.

Robin van der Weiden gynaecoloog, *Franciscus Gasthuis & Vlietland*

Zelf iets opmerkelijks, grappigs, wetenswaardigs, ontroerends meegemaakt? Stuur uw tekst naar m.kerkhof@jzbz.nl onder vermelding van Owee. Beperk u tot 120 woorden. De redactie behoudt zich het recht voor om wijzigingen aan te brengen, die de leesbaarheid van het stukje optimaliseren.

Webinar Hormoontherapie

Op 2 maart a.s. van 19.00-21.20 uur zullen Monique Brood-Van Zanten en Dorenda van Dijken de update van de *Praktische Handleiding (PH) Hormoontherapie (HST)* via een webinar bespreken. Alle soorten in Nederland beschikbare HST, voor- en nadelen, indicaties en contra-indicaties komen aan de orde voor goede zorg op maat. Moderator is Ineke Janssen. Allen zijn leden van de schrijversgroep NVOG-richtlijn *Management rondom menopauze*. De PH is te vinden op de Database Richtlijnen: [Praktische handleiding HST.pdf](#) ([richtlijnendatabase.nl](#))

Het webinar is bedoeld voor gynaecologen en aios, maar andere hulpverleners zijn ook welkom. Accreditatie is aangevraagd en deelname is gratis! Het programma is te vinden op de website Dutch Menopause Society (DMS): [www.demenopauzespecialist.nl](#)

Aanmelden kan via info@demenopauzespecialist.nl o.v.v. naam, functie en BIG-registratienummer.

Bron: DMS

Masterclass Bevallingsgerelateerde PTSS & trauma

Op donderdag 15 april 2021 kunt u zich inschrijven voor een praktische masterclass (Reehorst, Ede) over traumatische ervaringen tijdens een bevalling en het ontwikkelen van posttraumatische stressstoornis (PTSS) als gevolg daarvan. PTSS heeft niet alleen effect op het welbevinden van de moeder maar kan ook gevolgen hebben voor de moeder-kindbinding en de partnerrelatie. PTSS is goed te behandelen en geboortezorgprofessionals hebben een belangrijke rol in de begeleiding een nazorg van kraamvrouwen. De masterclass door dr. C. Stramrood (OLVG) is onder anderen bedoeld voor gynaecologen, verloskundigen, verpleegkundigen en physician assistants. Accreditatie is aangevraagd bij onder andere de NVOG en de KNOV. Meer info: SCEM, scem@scem.nl of 0345-576642.

Bron: SCEM

Gynfeud 2



In de eerste aflevering van Gynfeud - zie NTOG#8 2020 - ging het over de partus. Deze keer komt de baarmoeder aan de orde: de uterus en de uterusanomalieën. Het lijkt wederom om een makkelijk woord te gaan en toch zien we op dia's bij de overdracht dat er diverse spellingen worden gehanteerd.

Vraag 1. Wat is het meervoud van uterus?

- a. Uterus
- b. Uteres
- c. Utera
- d. Uteri

Vraag 2. En wat is de juiste spelling van tweehoornige baarmoeder?

- a. Uterus bicornus
- b. Uterus bicorna
- c. Uterus bicornis
- d. Uterus bicornis

Vraag 3. En wat is het meervoud?

- a. ... bicornes
- b. ... bicornae
- c. ... bicornus
- d. ... bicorni

De goede antwoorden zijn te vinden op pagina 49.
dr. J. Lind



NTOG zoekt nieuw lid deelredactie Gynaecologie

De deelredactie Gynaecologie van het NTOG zoekt één of twee nieuwe redactieleden. Onder deze redactie vallen de deelgebieden benigne- en urogynaecologie, oncologie en seksuologie. Heb je als gynaecoloog of aios affiniteit met een van deze deelgebieden? En vind je het leuk om mee te denken over bijdragen voor het NTOG in de vorm van themanummers of artikelen over interessante casus of nieuwe ontwikkelingen, stuur dan een e-mail met een korte motivatie naar anklouwes@nvog.nl. Taken: de deelredactieleden zijn ondersteunend als reviewer van artikelen en van daaruit kunnen ze commentaar schrijven op de artikelen. Verder wordt niet verwacht dat ieder deelredactielid alle artikelen over zijn discipline zelf schrijft. Het is juist de bedoeling dat andere mensen worden benaderd om iets te schrijven of dat onderwerpen worden aangedragen om over te schrijven. De hoofdredactie vergadert zes maal per jaar.



Our man in Birmingham Digitalisering (5)

Steven Giesbers (34) vertrok met zijn gezin op 1 juli, midden in de Brexit en de coronacrisis, voor een jaar naar Birmingham, Verenigd Koninkrijk. Het laatste jaar van zijn opleiding differentieert hij perinatologie in het Birmingham Women's Hospital, een academisch centrum waar jaarlijks bijna 10.000 bevallingen plaatsvinden. Voor het NTOG doet Steven verslag van zijn avonturen. Lees Stevens vijfde blog over digitalisering op [www.ntog.nl!](#)

Vaccineren van zorgpersoneel

Op 6 januari is de eerste zorgmedewerker gevaccineerd. Een belangrijke mijlpaal. Direct nadat het besluit bekend werd dat zorgmedewerkers in de acute zorg als eerste gevaccineerd zouden worden, heeft de NVOG bij onder andere de Federatie Medisch Specialisten (FMS), het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) kenbaar gemaakt dat de geboortezorg in ziekenhuizen ook acute zorg is. Hierbij staat voor ons de continuïteit van acute zorg voorop en niet het per definitie vooraan in de rij willen staan.

De eerste batch van het Pfizer-vaccin die beschikbaar kwam bleek echter al snel heel beperkt. Met deze eerste batch vaccinaties zijn zo'n 39.000 medewerkers die hoog frequent worden blootgesteld aan patiënten met COVID onder andere op de IC- en COVID-afdelingen gevaccineerd. In sommige ziekenhuizen is ook al (een deel van) het personeel in de geboortezorg ingeënt. Het betreft keuzes die lokaal worden gemaakt en deze zijn afhankelijk van de situatie, urgentie en capaciteit.

Hoe de verdere vaccinatie van het zorgpersoneel in de acute zorg in ziekenhuizen eruitziet is nog niet bekend. Op dit moment gaat alle aandacht uit naar medewerkers in de langdurige zorg zoals de verpleeghuiszorg en verstandelijk gehandicaptenzorg, gevolgd door de meest kwetsbare doelgroepen. In de vaccinatiestrategie van de Rijksoverheid is te lezen dat het vaccineren van het volledige ziekenhuispersoneel gepland staat voor april. Echter, de planning is afhankelijk van diverse factoren waaronder de relatief onvoorspelbare leveringen van het vaccin. Zo zei ook Jaap van Delden tijdens het webinar 'Actuele ontwikkelingen COVID-19-pandemie' dat op 21 januari werd georganiseerd door de FMS. Tijdens dit webinar werd ook een toe-

lichting gegeven op hoe ziekenhuizen keuzes maken voor wie als eerste in aanmerking komt voor een vaccinatie onder het zorgpersoneel. Belangrijkste afweging hierbij is 'het overeind houden van de logistiek en de acute zorg' waarbij capaciteit de belangrijkste indicator is.

Dit is en blijft dan ook onze belangrijkste boodschap bij onze stakeholders. En natuurlijk zullen wij het ook niet nalaten om daarbij te vermelden dat er in acute verloskunde óók nog sprake is van blootstelling aan zwangeren met COVID-19. En dat het hier om patiënten gaat die vaker asymptomatische klachten hebben. Het is echter belangrijk te beseffen dat het beschermen van het zorgpersoneel tegen besmetting op de werkvloer niet de eerste prioriteit heeft. Er is immers voldoende beschermingsmateriaal voorhanden waarmee zorgpersoneel zich kan beschermen, zo is de redenatie. We zullen jullie informeren zodra er meer nieuws is. Inmiddels is er ook een standpunt over vaccineren van zwangeren, zie hiervoor de NVOG-website <https://www.nvog.nl/kwaliteitsdocumenten/standpunten/>.

Blijf ons vooral wel informeren als er in jouw regio capaciteitsproblemen zijn als gevolg van personeelsuitval. Voor-

alsnog is dit heel wisselend per regio. Maar we houden vinger aan de pols en hebben korte lijnen met VWS. We wijzen ook graag nog een keer op de regio-coördinatoren die in elke regio aanwezig zijn. Binnen elke regio is een informeel netwerk waarin binnen de eigen regio's afgestemd wordt om elkaar te helpen bij capaciteitsproblemen of vragen. Deze regiocoördinatoren zijn er nog steeds. Het gaat om de volgende regio-coördinatoren:

1. Arie Franx, regio Rotterdam
2. Didi Braat, regio Nijmegen
3. Marieke Veenhof, regio Leiden
4. Bas Nij Bijvank, regio Zwolle
5. Bas Veersma, regio Utrecht
6. Roy Kruitwagen, regio Maastricht
7. Martina Porath, regio Eindhoven
8. Christianne de Groot, regio Amsterdam
9. Marloes Holswilder, regio Groningen
10. Marc-Jan Janssen, regio Enschede
11. Jelle Stekelenburg, regio Leeuwarden

Voor nu wens ik iedereen veel succes, blijf gezond en zorg goed voor elkaar!

Astrid Vollebregt voorzitter van het bestuur NVOG



1929-2020

Wilhelmus Jacobus (Wil) Honnebier

Op 13 november jl. overleed op bijna 91-jarige leeftijd Wilhelmus Jacobus Honnebier, een van Nederlands meest kleurrijke maar ook begaafde gynaecologen.

Wil ontving zijn opleiding bij Kloosterman in het Amsterdamse Wilhelmina Gasthuis. Eerst studeerde hij in Delft en maakte deel uit van het Nederlandse hockeyteam. Dat ging niet naar de Olympische Spelen in Australië omdat Nederland die boycotte wegens de door de Russen gewelddadig neergeslagen Hongaarse Opstand. Direct na zijn opleiding in 1965 stelde Kloosterman hem aan als hoofd van de polikliniek voor seksuele endocrinologie en infertiliteitsonderzoek. De poli was toen al vermaard als KID-centrum. Na de IVF-publicaties in 1968/1970 van Edwards en Steptoe bezocht Wil hen in Oldham om vervolgens de eerste laparoscopie in het WG uit te voeren, waarbij helaas een groot vat werd aangeprikt (met gelukkig een goede afloop). Voor zijn promotieonderzoek werd Wil getriggerd door de experimenten van Liggins die in 1967 en 1968 aannemelijk maakte dat bij het schaap de foetus de aanzet tot de bevalling gaf. Hij wendde zich tot Dick Swaab van het Instituut

voor Hersenonderzoek. Deze had Wil leren kennen tijdens zijn coschap, toen Wil hem vroeg om een oxytocine-infuus. Zijn vrouw Joëtta was a term, maar nog niet bevallen, terwijl ze beiden twee weken later naar een wereldcongres in Japan wilden. Deze thuisbevalling werd opgewekt en de reis ging door.

Met Dick bestudeerde hij de zwangerschappen van anencefalen, waarbij de scherpe timing rond 40 ontbrak: een deel duurde veel te kort en een deel veel te lang, tot een jaar aan toe. De uitdrijving duurde twee en de geboorte van de placenta drie maal langer dan normaal. Zij ontwikkelden een rattenmodel voor anencefalie en konden aantonen dat net als bij de mens, de foetale hersenen bij de rat de window rond de uiterekende datum vernauwde en de baring versnelde, maar niet de gemiddelde zwangerschapsduur veranderde. Wil promoveerde op dit onderzoek in 1974 cum laude. Twee jaar later ontvingen beiden de prestigieuze De Snoo-van 't Hoogerhuijs-prijs. Tegenover de glorie stond het tumult tijdens een voordracht voor de NVOG over het experiment, waarbij een anencefaal dwars door de buikwand van de zwangere heen ACTH kreeg toegediend

om de baring op te wekken. In die tijd functioneerden er nog geen ethische commissies.

Wil en Joëtta behoorden tot de jetset en waren lid van kunstenaarsociëteit De Kring. Met name Joëtta was een graag geziene gast bij modeshows van onder anderen Frank Govers met wie zij bevriend raakten en naar wiens vriend de jongste van hun zes kinderen is vernoemd. De kleding van Wil zelf was niet afkomstig van modekoningen maar wel opvallend. Hij liep in oranje broeken en bontmantels en droeg een kralenketting. Zelfs in strenge winters reed hij in zijn aftandse onverwarmde Landrover met het portieraam open in een dikke bontjas en een grote hoed op naar NVOG-vergaderingen.

Na zijn overstap in 1977 naar het Sint Lucas Ziekenhuis bleef hij geïnteresseerd in de wetenschap en lid van de endocrinologen vereniging. Toen in 1982 in Amsterdam een wereldcongres werd georganiseerd, organiseerde hij een spetterend feest op Slot Loevestein waaraan onder anderen Liesbeth List meewerkte.

Wil schreef in 1983 een leuk stuk *Het revisionisme in de verloskunde* in de afscheidsbundel *Voortgang en Visie* voor Kloosterman. Hij haalde Kloostermans opvatting dat grotere placenta's bij langere zwangerschapsduur worden geboren onderuit alsook de opvatting dat de voedingscapaciteit van de placenta beperkt is. Terecht was Honnebier het veelvuldig oneens met de door hem bewonderde Kloosterman; al was het maar om de discussie te dienen onder het motto dat absolute kennis niet bestaat. Hij heeft zo bijgedragen aan de academische sfeer in de Vrouwenkliniek door veelvuldig de vraag 'Hoe weet je dat?' te stellen, vooruitlopend op evidence-based medicine. Na zijn pensioen heeft Wil nog gewerkt in Stadskanaal, Curaçao en Paramaribo maar bleef tot aan zijn overlijden woonachtig in Amsterdam.

**Kees Boer, Dick F. Swaab
en Otto P Bleker**



Overgang en duurzaamheid



Heeft u enig idee wat 2021 ons gaat brengen? Wij in ieder geval niet, het NVOG-themajaar 2020 'Menopauze/ gezond ouder worden als vrouw' hadden we ons echt heel anders voorgesteld. Maar we hebben er toch iets van weten te maken!

We hadden een mooie start met het multidisciplinaire themanummer van NTOG#1 van februari vorig jaar. De Projectgroep Jaarthema NVOG 2020 is inmiddels verworpen tot een eigen entiteit: de multidisciplinaire Stuurgroep Women's Health, onderdeel van de Pijler Benigne Gynaecologie. Het enthousiasme is onverminderd aanwezig en richt zich nu ook meer op wetenschap en (multidisciplinaire) kennisiaten.

Alle plannen zijn uitgewerkt:

Opleiding:

- Implementatie menopauze in het nieuwe Opleidingsplan LOGO (als Entrustable Professional Activity, EPA, en als thema).
- Implementatie menopauze in elk opleidingscluster (OOR) waarbij per OOR één aanspreekpunt is. Interactieve nascholing voor en door aios (in de vorm van zogenaamde rondetafelgesprekken).
- Database aan vragen over menopauze voor de Voortgangstoets.

Nascholing:

- E-learning filmpjes (multidisciplinair) voor hulpverleners. Veertien korte filmpjes van 4-6 minuten per discipline en onderwerp (onder andere cardiologie, neurologie/slaap, psychiatrie, huisarts, patiëntenvereniging, seksuologie, HST, menopauzeverpleegkundige, urogynaecologie et cetera) bekostigd door de werkgroep menopauze Dutch Menopause Society (DMS) en binnenkort gratis te downloaden voor alle hulpverleners via de website DMS, www.demenpauzespecialist.nl.
- Jaarlijkse geaccrediteerde multidisciplinaire nascholingsdag over wat je altijd al wilde weten over de meno-

pauze (het programma is klaar, met naast gynaecologen onder anderen huisartsen, een bedrijfsarts en internist-endocrinoloog als sprekers, streefdatum is 21 mei 2021).

- Er zijn mooie plannen voor webinars over menopauze en onder andere mammacarcinoom, psychiatrie en hart- en vaatziekten.
- In 2021 zal de DMS alsnog het symposium 'Menopauze en het brein' organiseren. In het najaar komt een eigen symposium op de European Menopause and Andropause Society (EMAS)-bijeenkomst.

Samenwerking:

- Met Thuisarts.nl (teksten menopauze op de website zijn klaar en keuzehulpen nog in bewerking) en samenwerking bij het herschrijven van de nieuwe NHG-standaard voor de overgang (voorjaar 2021 klaar).
- Met de beroepsvereniging van bedrijfsartsen (NVAB) om de overgang op de agenda te zetten in het kader van duurzame inzetbaarheid.
- EMAS heeft collegae Oosterhof en Geukes benaderd voor het meeschrijven aan een Europese position paper over menopauze en arbeidsverzuim.
- Met Women Inc en NVOG is er



Schilderij Jacomina van Loon.

contact over een multidisciplinaire kennisagenda.

- Soms kan menopauze-problematiek gecompliceerd zijn en een multidisciplinaire aanpak vergen. In het OLVG is daarom een Multidisciplinaire Overgangs Problematiek Poli (MOPP) opgezet.

We zijn verheugd dat de Europese position paper *Cardiovascular health after menopause transition, pregnancy disorders and other gynaecological conditions. A consensus document from European cardiologists, gynaecologists and endocrinologists* is geaccepteerd en wordt gepubliceerd in het European Heart Journal. Met dank aan Angela Maas als initiatiefneemster en gedreven kartrekker. Vanuit Nederland zijn Ellen Laan en ik de auteurs, het was een inspirerende internationale samenwerking.

Als kers op de taart is de motie 'Taboe menopauze', ingediend door Corinne de Jonge van Ellemeet, geaccepteerd door de Tweede Kamer en komt op de begroting van VWS. Een mooiere afsluiting van het themajaar kunnen we ons niet wensen! Wie weet kan het glazen plafond daardoor minder en het vrouwenquotum realistischer worden?

Hopelijk is er zo een goed overzicht verkregen van de activiteiten die er in het themajaar 2020 hebben plaatsgevonden.

Dankzij COVID-19 heeft digitalisering een vlucht genomen. De menopauze-zorg leent zich heel goed voor (video) bellen. Door teleconsultatie zijn de contacten met de eerste lijn makkelijker en korter geworden. In samenwerking met het digitale bedrijf Luscii (bekend van de Corona-App) is er een Meno-App in ontwikkeling waar vrouwen informatie kunnen vinden en waarbij ook triage mogelijk is, zodat gynaecologen zich kunnen focussen op de tweedelijns menopauze-problematiek en de gezonde vrouw in de overgang geholpen kan worden in de eerste lijn. We merken dat steeds meer huisartsen zich hiervoor inzetten.

Kortom, de menopauze en gezond ouder worden als vrouw is nu meer

dan ooit een belangrijk en actueel onderwerp. Met kennis van de overgang en aandacht voor preventieve zorg kunnen we vrouwen beter en langer gezond houden.

Wij kijken terug op een geslaagd jaar en voor ons houdt het daar zeker niet bij op. Het volgende NVOG-themajaar heeft duurzaamheid als motto. Duurzaamheid heeft te maken met het evenwicht tussen mens, milieu en economie. Aandacht voor de menopauze past daar mooi in. In de ecologie is duurzaamheid immers de eigenschap van biologische systemen om divers en productief te blijven.

Dus de overgang naar het volgende themajaar van de NVOG is een logische stap.

Namens de leden Projectgroep Jaarthema NVOG 2020: Roger Heydanus, gynaecoloog; Anneloes Smits, kaderhuisarts; Mariëlle van Aalst, bedrijfsarts; Miranda van Duijn, senior programma manager ZonMW; Eveline Bakker, voorzitter patiëntenvereniging Vuurvrouw; Marije Geukes, gynaecoloog; Femke Hohmann, kaderhuisarts; Astrid Vollebregt, gynaecoloog; Marlies Bongers, gynaecoloog; Yvonne Louwers, gynaecoloog; Waltje Jager, gynaecoloog; Wiesje van Boxtel, bestuursondersteuner NVOG; Ank Louwes, communicatieadviseur NVOG.

Dorenda van Dijken gynaecoloog en voorzitter Projectgroep Jaarthema NVOG 2020

Contact

Dorenda van Dijken
d.dijken@upcmail.nl



Zorg en reclame: een uitdaging

M. van Lonkhuijsen *lactatiekundige IBCLC, namens de Landelijke Borstvoedingsraad, info@myrteibclc.nl*

Met het wegvallen van het BFHI Borstvoedingscertificaat lijkt de zorg voor borstvoeding in Nederland vooralsnog bijna onveranderd op peil te blijven. Op één aspect na: de rem op reclame voor kunstvoeding, flessen en spenen is weggevallen.

In het BHFIC-certificaat was naleving van de WHO-code ten aanzien van marketing van vervanging van moedermelk (zie kader De WHO-code voor marketing van vervangingsmiddelen voor moedermelk) een vereiste. De Nederlandse wetgeving stelt minder grenzen aan marketing op dit gebied. Dat vraagt alertheid van individuele zorgprofessionals en van organisaties. Het is naïef te denken dat de zorgverlener door de eigen rationaliteit niet gevoelig is voor een mooie folder, een indrukwekkende presentatie of een prettige persoonlijke benadering.

We zijn gewend aan reclame voor voeding in het algemeen. We weten dat reclame (te) vaak misleidend is als het gaat om bijvoorbeeld gezondheidsclaims. We zijn het gewend en we gaan er hopelijk verstandig mee om. Maar als het gaat om babyvoeding ligt de situatie toch nog net iets complexer dan kiezen tussen merk a en merk b, of het maken van (on)gezonde keuzes in de supermarkt. Want de keuze voor soort babyvoeding is zo goed als onomkeerbaar zodra de stap van borstvoeding naar kunstvoeding gemaakt is. En juist in de eerste kwetsbare periode na de geboorte zijn ouders vaak onzeker en is de invloed van zorgprofessionals groot. In het Warenwetbesluit bijzondere voeding 2016 zijn beperkingen opgenomen ten aanzien van het maken van reclame voor kunstvoeding en alles wat daarbij hoort. Directe, herkenbare reclame zoals kortingen zijn verboden en fabrikanten mogen alleen claims doen die feitelijk en wetenschappelijk zijn. Maar marketing gaat verder dan reclame. Dat gaat ook om naamsbekendheid, vertrouwen en emoties. En daarbij is niet alleen de vorm van de

reclame belangrijk, maar ook de manier en de plek waar mensen ermee in contact komen.

De praktijk

De scheidslijn tussen reclame en informatie is tegenwoordig dunner dan ooit. Een advertorial in een tijdschrift is vaak nog wel te herkennen, maar lastiger is het als marketing vermengd is met kennisoverdracht.

Tijdens de coschappen Obstetrie/ Gynaecologie en Kindergeneeskunde wordt één les over babyvoeding gegeven. Deze les wordt gegeven door een vertegenwoordiger van een kunstvoedingsfabrikant. Borstvoeding komt aan bod als de ideale babyvoeding. Daarnaast wordt met wetenschappelijke studies aangetoond hoe de samenstelling van moedermelk inmiddels in de kunstvoeding van het merk wordt benaderd. De artsen in opleiding krijgen mooi vormgegeven voorlichtingsmateriaal mee om te gebruiken in de gesprekken met ouders over borsten kunstvoeding. Het beeldmerk van de fabrikant (kleurstelling, logo) is op alle materialen op elke pagina duidelijk zichtbaar.

Hier is minder duidelijk dat sprake is van marketing, omdat deze 'verpakt is' in scholing en handig voorlichtingsmateriaal. In de praktijk zien we dan ook vaak dat bij problemen rond borstvoeding de oplossing vaak gezocht wordt in producten en niet in het aanpassen van het borstvoedingsbeleid. Dus wordt bijvoorbeeld bij onvoldoende groei van de baby kolven, bijvoeden en eventueel

kunstvoeding aangeraden, in plaats van aandacht en tijd voor goed aanleggen en andere opties zoals de voedingsfrequentie verhogen.

Veel reclame voor kunstvoeding en spenen bevat verwijzingen naar onderzoek. En wetenschappelijke informatie mag natuurlijk gedeeld, ook volgens de code (zie kader). Helaas is niet elk onderzoek ook wetenschappelijk of onafhankelijk onderzoek. Een veelgehoorde opmerking van zorgprofessionals is dat ze 'hier wel doorheen kijken en zich niet laten beïnvloeden'.

Het lastige is alleen dat reclame wel werkt. Bedrijven maken niet voor niets forse budgetten vrij voor dergelijke vormen van marketing. Zelfs als je er zelf doorheen kunt kijken, dan kan de client dat mogelijk niet. Zeker niet als een vertrouwde zorgverlener de boodschap brengt.

Gratis scholingen, kortingen op producten en hulp bij het organiseren van evenementen zijn ook vormen van marketing. Omdat publiek-private samenwerking door de overheid sterk gestimuleerd wordt, is het steeds normaler dat bedrijven activiteiten sponsoren met financiële of materiele hulp.

Een cursus EHBO wordt gratis aangeboden door een kunstvoedingsfabrikant. De cursus voldoet aan alle eisen en babyvoeding wordt niet besproken.

Dit is marketing gericht op naamsbekendheid en goodwill van de fabrikant. Wat online geldt, geldt in het fysieke leven ook: als iets gratis is ben je zelf waarschijnlijk het product. En dat

Over de Landelijke Borstvoedingsraad

De Landelijke Borstvoedingsraad zet zich er voor in die gezonde start voor kinderen mogelijk te maken, zodat meer kinderen langer borstvoeding krijgen en zo bij te dragen aan een betere gezondheidssuitkomst voor kinderen en hun moeders.

In de Landelijke Borstvoedingsraad zijn beroepsgroepen en organisaties vertegenwoordigd die direct of indirect betrokken zijn bij de zorg rond borstvoeding.

product is in dit geval een zorgprofessional die vertrouwen uit kan stralen in een merk. En die mogelijk daarmee minder kritisch is op de reclame-uitingen van dat merk.¹ Alertheid is zeker relevant als er direct geld in het spel komt. Bijvoorbeeld als er kortingen gegeven worden.

Een ziekenhuisgroep kan kunstvoeding inkopen onder de kostprijs. Met de kunstvoeding komen ook andere producten beschikbaar, zoals flesjes steriel water voor pasgeborenen. Met duidelijk zichtbaar de merknaam en het logo op die producten. Het ziekenhuis bespaart hiermee veel geld dat vrijkomt voor de zorg.

Ouders zijn merktrouw als het gaat om babyvoeding. Als in het ziekenhuis of op de opvang een bepaald merk kunstvoeding gebruikt wordt, dan is de kans groot dat dat merk thuis ook gebruikt zal worden.

Als grote kortingen gegeven worden door bedrijven dan is het aannemelijk dat daar tegenover ook grote winsten verwacht worden. En dat betekent dat ook in deze situatie de zorg ingezet wordt voor marketing.

Wat te doen

Veelgehoorde argumenten om de subtielere vormen van reclame te accepteren zijn geld en tijd. Dat geldt zowel voor organisaties als voor individuen.

Gratis is fijn. Korting kan heel nodig zijn voor een organisatie met een krap budget. En de alternatieven kosten tijd. Tijd om meerdere scholingen te volgen om een breder beeld te krijgen bijvoorbeeld. Maar ook tijd om ouders uit te leggen dat ze kunnen kiezen en hoe ze hun eigen keuze kunnen maken.

Advies voor zorgverlener

- Besef: elke zorgprofessional is mens en dus beïnvloedbaar. Probeer bewust merktrouw te zijn door als persoon informatie van meerdere merken onder ogen te krijgen.
- Als je je inschrijft voor de nieuwsbrief van een merk, doe dat dan ook voor de nieuwsbrief van een vergelijkbaar merk.
- Kijk of je je organisatie kunt stimuleren om zich niet te verbinden aan één merk.
- Geef alleen feitelijke informatie aan cliënten/patiënten en houd de reclamematerialen en -informatie weg. Dat kan als consequentie hebben dat mooie (gratis! beschikbare!) folders niet gedeeld worden met ouders en dat de organisatie zelf materiaal zal moeten maken.
- Houd bij elke voorlichting over borstvoeding door een fabrikant van kunstvoeding, flessen en/of spenen in de gaten dat mogelijk onvolledige informatie wordt verstrekt. Bespreek dit met collega's.
- Gebruik de online tool Omgaan met Sponsoring om snel in te schatten in hoeverre bij een activiteit als scholingen of congressen marketing een rol zal kunnen spelen. En als daar heel duidelijk sprake van is, kaart dit dan aan bij de organisatoren. Of, als je zelf de organisator bent, kijk of er alternatieven zijn.

Het is belangrijk dat alle zorgverleners goede en onafhankelijke kennis van borstvoedingsbegeleiding en van kunstvoeding hebben. En die kennis eerlijk en feitelijk kunnen delen met ouders. Maak voor het aanvullen van kennis, waar mogelijk, gebruik van onafhankelijke kennisbronnen. En bespreek dit binnen de organisatie en met collega's. Help de zorg reclamevrij te houden, ook als het om babyvoeding gaat.

Tabel 1. Een overzicht van de verschillen tussen de WHO-code en de Nederlandse Warenwet

	WHO-code	Nederlandse Warenwet (Europese Richtlijnen)
Reclame voor moedermelkvervangende producten (kunstvoeding, flessen, spenen, vervangende voedingsmiddelen)	Reclame gericht op voeding voor kinderen <2 jaar niet toegestaan voor producten die onder de code vallen. Reclame niet toegestaan als gericht is op bijvoeding <6 maanden.	Reclame niet toegestaan gericht op kinderen <6 maanden. Reclame wel toegestaan in gespecialiseerde bladen over babyverzorging en wetenschappelijke publicaties. Reclame niet toegestaan als gericht voor bijvoeding op kinderen <4 maanden.
Uitdelen van proefmonsters en cadeautjes aan consumenten	Niet toegestaan voor producten gericht op kinderen <2 jaar.	Toegestaan voor kunstvoeding gericht op kinderen >6 maanden.
Gratis of met korting leveren van moedermelkvervangende producten (waaronder flessen en spenen) aan organisaties	Niet toegestaan	Toegestaan voor zuigelingen die met deze producten gevoed moeten worden; zoals bijv. gespecialiseerde dieetvoedingen.
Geschenken aan medewerkers in de gezondheidszorg; hieronder vallen ook gratis scholingen.	Niet toegestaan	Fabrikanten mogen alleen apparatuur of materialen voor voorlichting of opleiding schenken op verzoek en met de schriftelijke toestemming van de nationale autoriteit.
Afbeeldingen van zuigelingen en andere idealiserende situaties op verpakkingen en etiketten	Niet toegestaan gericht op voeding voor kinderen <2 jaar.	Niet toegestaan zijn afbeeldingen van zuigelingen of andere afbeeldingen of tekst die het gebruik van zuigelingenvoeding (0-12 maanden) zou kunnen idealiseren.
Voedings- of gezondheidsclaims	Geen voedings- of gezondheidsclaims toegestaan	Geen voedings- of gezondheidsclaims toegestaan
Feitelijke en wetenschappelijke informatie	Toegestaan	Toegestaan

Voor meer informatie over het Warenwetbesluit bijzonder voeding 2016: *Handboek regelgeving voeding voor specifieke groepen | Publicatie | NVWA.*

Onafhankelijke informatiebronnen

- Het Voedingscentrum biedt de onafhankelijke, gratis informatie via www.voedingscentrum.nl/professionals/kindervoeding-0-4-jaar.aspx. Op deze plek vind je als professional de belangrijkste informatie en gratis materialen zoals folders, toolkits en e-learnings over borstvoeding en kunstvoeding (Online scholingen Flesvoeding en Borstvoeding).
- De multidisciplinaire Richtlijn Borstvoeding biedt wetenschappelijk onderbouwde informatie en is online gratis toegankelijk.
- Dat geldt ook voor de medische protocollen van de Academy of Breastfeeding Medicine.
- En voor ouders bijvoorbeeld de informatie van www.opvoeden.nl en op www.voedingscentrum.nl/nl/zwanger-en-kind/borstvoeding-en-flesvoeding.aspx over het geven van borstvoeding of flesvoeding.
- Vrijwilligersorganisatie LaLecheLeague biedt veel informatiemateriaal voor ouders en zorgprofessionals.

De WHO-code voor marketing van vervangingsmiddelen voor moedermelk

De WHO-code is de internationale code voor het op de markt brengen van kunstvoeding en andere voedingsmiddelen als alternatief voor moedermelk, flessen en spenen.

- De code gaat over marketing.
 - De code gaat niet over de producten zelf; dus er is geen verbod op of zelfs maar rem op het produceren, verkopen en gebruik van deze producten.
- De code is opgesteld in 1981 en door Nederland niet volledig geratificeerd. In Nederland is de WHO-code indertijd gedeeltelijk omgezet in wetgeving in de Warenwetregeling Zuigelingenvoeding, inmiddels het Warenwetbesluit bijzondere voeding 2016. Dit besluit geeft minder beperkingen aan marketing voor deze producten.

Referentie

1. Austad, K. E., Avron, J., & Kesselheim, A. S. (2011). *Medical students' exposure to and attitudes about the pharmaceutical industry: a systematic review*. *PLoS Medicine*, 8(5).

Gedwee zorgweigeren accepteren?

dr. Irene M. de Graaf *gynaecoloog, Amsterdam UMC, locatie AMC*

mr. Mei-Yan van Dijken *masterstudent Gezondheidsrecht, UvA*

mr. Yuye Lanz *masterstudent Gezondheidsrecht, UvA*

mr. Marieke Quaak *masterstudent Gezondheidsrecht, UvA*

prof. mr. J. Legemaate *jurist, Amsterdam UMC, locatie AMC*

De Polikliniek Ondersteuning Maatwerk zwangerschap & geboorte (POM) van het Amsterdam UMC, locatie AMC ondervindt een spanningsveld indien een zwangere vrouw bepaalde medische behandelingsweigert. Dit heeft mogelijk nadelige gevolgen voor de gezondheid van het ongeboren kind. De zorgverlener wordt in dergelijke gevallen geconfronteerd met een disbalans tussen het zelfbeschikkingsrecht van de zwangere en de gezondheid van het ongeboren kind. Wettelijke bepalingen bieden weinig houvast en zijn multi-interpretabel. Het zelfbeschikkingsrecht van de zwangere vrouw heeft juridisch een sterke basis, maar zorgverleners zijn geneigd om in zwangerschaps- en bevallingssituaties hun eigen medische inzicht en kennis te laten prevaleren. Hoe kun je de zwangere helpen zelf een oplossing te bedenken, binnen de grenzen van het haalbare van zowel de zorgvrager als de zorgverlener?

Inleiding

In 2019 zag het POM 43 mensen met zeer uiteenlopende maar interessante zorgvragen. In de meeste gevallen betrof het een adviesvraag: zwangere vrouwen hadden een 'probleem' en wilden advies over hoe dit probleem op te lossen, maar kregen een vaak dwingend beleidsvoorstel. Op de POM zien we dat onbegrip voor persoonlijke waarden vaak de reden is dat het advies niet wordt of kan worden opgevolgd. Het weigeren van een medische behandeling heeft mogelijk nadelige gevolgen voor de gezondheid van het ongeboren kind. Hoewel men er in beginsel van uit kan gaan dat de aanstaande moeder de 'beste' keuze maakt voor haarzelf en het ongeboren kind, wordt de hulpverlener in dergelijke gevallen geconfronteerd met een

disbalans tussen het zelfbeschikkingsrecht van de zwangere en de gezondheid van het ongeboren kind. In dit artikel wordt dit praktijkprobleem belicht vanuit juridisch perspectief, waarbij allereerst de rechtspositie van de zwangere vrouw, het ongeboren kind en de hulpverlener de revue passeren. Vervolgens worden enkele spanningsvelden tussen het juridisch kader en de verloskundige praktijk uitgelicht, waarna wordt afgesloten met een conclusie.

Juridisch kader

De rechtspositie van de zwangere vrouw

Zelfbeschikkingsrecht

Een wilsbekwame, zwangere vrouw kan een behandeling weigeren op grond van haar zelfbeschikkingsrecht. Het zelfbeschikkingsrecht vloeit voort uit artikel 8 van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens (EVRM) waarin het recht op eerbiediging van privé-, familie- en gezinsleven is neergelegd.^{1,2} Het zelfbeschikkingsrecht, zoals dat voortvloeit uit artikel 8 EVRM, is overigens niet absoluut, maar zou kunnen worden beperkt op grond van artikel 8 lid 2 EVRM, ter bescherming van 'rechten en vrijheden van anderen'. In de context van onderhavige casuïstiek zou het ongeboren kind mogelijksterwijs onder de te beschermen 'anderen' kunnen worden begrepen.

Informed consent

Er ontstaat een geneeskundige behandelingsovereenkomst met de zwangere vrouw, op grond van artikel 7:446 Burgerlijk Wetboek (BW) lid 1, op het moment dat zij zich tot een hulpverlener wendt voor verloskundige zorg. Voor verrichtingen ter uitvoering van deze behandelingsovereenkomst is toestemming vereist. Het toestemmingsvereiste hangt nauw samen met de informatieplicht. Een patiënt kan

namelijk alleen toestemming geven voor een behandeling indien de patiënt geïnformeerd is. Dit wordt gezamenlijk aangeduid met de term *informed consent*, hetgeen uitdrukking geeft aan het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt.³ Indien een zwangere vrouw geen toestemming geeft voor een medische behandeling kan deze medische behandeling niet worden uitgevoerd.

De rechtspositie van het ongeboren kind

De positie van het ongeboren kind kenmerkt zich door een grote mate van afhankelijkheid van de zwangere vrouw.

Internationale dimensie: EVRM

Het ongeboren kind kan zijn of haar rechten mogelijksterwijs ontlener aan zowel het EVRM als het Internationaal Verdrag inzake de Rechten van het Kind (IVRK). Op grond van artikel 2 EVRM moet het recht op leven van 'eenieder' worden beschermd. De vraag is of een ongeboren kind ook valt onder 'eenieder'. Er bestaat geen overeenstemming tussen lidstaten wanneer het recht op leven daadwerkelijk begint. Daarom komt lidstaten een bepaalde *margin of appreciation* toe, hetgeen inhoudt dat zij zelf de ruimte hebben om te bepalen wanneer het recht op leven begint.⁴ Daarnaast geldt dat het ongeboren kind geen recht heeft op het leven in de zin van artikel 2 EVRM, maar dat het wel enige bescherming toekomt.⁵ Nederland is lid van het IVRK.⁶ In de Memorie van Toelichting bij de Goedkeuringswet van het IVRK heeft de wetgever bepaald dat het IVRK geen bindende verplichting heeft om ook het ongeboren kind binnen de reikwijdte van het IVRK te laten vallen.⁷ Concluderend ontleent het ongeboren kind dus geen directe rechten aan internationale verdragen, zoals het EVRM en het IVRK, maar komt het wel 'enige bescherming' toe.

Nationale dimensie

Een belangrijke vraag is of een ongeboren kind naar nationaal recht wellicht reeds als rechtssubject beschouwd kan worden.⁸ Wanneer het ongeboren kind namelijk zelfstandig drager van rechten

en plichten is, kan namens het kind beroep worden gedaan op bepaalde rechten en plichten. Artikel 1:2 BW is in deze context relevant. Dit artikel luidt als volgt: 'Het kind waarvan een vrouw zwanger is, wordt als reeds geboren aangemerkt, zo dikwijls zijn belang dit vordert (...)' In beginsel is ervan uitgegaan dat het hier gaat om vermogensrechtelijke belangen. In de literatuur bestaan echter uiteenlopende visies omtrent de vraag hoe artikel 1:2 BW in onderhavige context moet worden geïnterpreteerd. De betekenis van artikel 1:2 BW is daardoor niet eenduidig. Over dit onderwerp is eerder gepubliceerd in het NTOG.⁹

De positie van de hulpverlener

De hulpverlener is bij de geneeskundige behandelovereenkomst met de zwangere vrouw gebonden aan een aantal verplichtingen.¹⁰

Jurisprudentiële benadering: gedwee weigering accepteren?

De zwangere vrouw heeft het recht om zelf te beschikken over haar lichaam. Dit betekent dat de hulpverlener geen behandeling mag uitvoeren zonder toestemming van de patiënt. Met dit uitgangspunt lijkt het alsof de hulpverlener slechts te accepteren heeft wat de patiënt wenst, maar dat is slechts ten dele waar. In de zogenaamde Millecam-zaak heeft de Hoge Raad namelijk bepaald dat de hulpverlener ervoor moet waken dat de patiënt op onjuiste wijze het zelfbeschikkingsrecht uitoefent.¹¹

Goed hulpverlenerschap

Een hulpverlener moet zich houden aan de norm van goed hulpverlenerschap. Wat goed hulpverlenerschap inhoudt, heeft de Hoge Raad nader gespecificeerd in het arrest Speeckaert/Gradener: '*... de zorgvuldigheid die van een redelijk bekwaam en redelijk handelend specialist mag worden verwacht in dezelfde omstandigheden*'.¹²

Goed hulpverlenerschap wordt nader ingevuld door de professionele standaard zoals bepaald in artikel 7:453 BW.¹³ Een groot gedeelte van de professionele standaard bestaat uit zelfregulering, zoals richtlijnen en protocol-

len. Het is overigens niet zo dat een hulpverlener zich altijd strikt moet houden aan richtlijnen en protocollen. Wanneer de situatie hierom vraagt, kan de hulpverlener hier namelijk van afwijken om de juiste zorg te verlenen die passend is bij de situatie. De hulpverlener heeft daarnaast tevens een zorgplicht die strekt ter bescherming van de belangen van het ongeboren kind.¹⁴ Deze, van de patiënt afgeleide zorgplicht, is expliciet door de Hoge Raad uitgesproken in het arrest Baby-Kelly. In deze uitspraak oordeelde de Hoge Raad dat er in onderhavig geval een tekortkoming in de 'nakoming van de zorgplicht die zij ook jegens de nog ongeboren vrucht hadden' bestond.¹⁵ Kortom: naast de plicht tot goed hulpverlenerschap jegens de zwangere vrouw, heeft de hulpverlener tevens een specifieke zorgplicht jegens de ongeboren vrucht, zelfs indien er nog geen geneeskundige behandelingsovereenkomst bestaat tussen de hulpverlener en het ongeboren kind.

Juridisch kader en verloskundige praktijk: spanningsvelden

Spanningsvelden in het recht

Enerzijds is duidelijk dat de zwangere vrouw op basis van artikel 8 EVRM haar zelfbeschikkingsrecht naar eigen inzicht kan uitoefenen. Anderzijds is onzeker in hoeverre artikel 8 lid 2 (de bescherming van rechten en vrijheden van 'anderen') toegepast kan worden in deze problematiek. Indien het ongeboren kind als 'ander' kan worden beschouwd, is het onduidelijk of en zo ja welke maatregelen ter bescherming van het ongeboren kind een inbreuk op het zelfbeschikkingsrecht van de moeder rechtvaardigen. Verdergaande medische ingrepen zoals bijvoorbeeld een sectio kunnen hoogstwaarschijnlijk de zogenaamde proportionaliteitstoets (een beperking moet in overeenstemming zijn met de wet een legitiem doel hebben en noodzakelijk zijn in een democratische samenleving) niet doorstaan.

De hulpverlener bevindt zich daarnaast in een 'spagaat' wanneer richtlijnen behandelmethodes voorschrijven, maar de patiënte hier niet mee instemt. In dat geval kan de hulpverlener wellicht

uit de voeten met de leidraad *Verloskundige zorg buiten de richtlijnen*. Deze leidraad biedt echter geen concreet behandelingskader maar veeleer aanbevelingen voor effectieve communicatie. De hulpverlener zal zich derhalve alsnog een zelfstandig oordeel moeten vormen over het inzetten van een behandeling.

Spanning in verloskundige praktijk

Veel vrouwen die komen of verwezen worden naar de POM hebben een nare of traumatische ervaring wegens eerdere zwangerschappen, waarbij zij zich gedwongen hebben gevoeld om tegen hun wil bepaalde medische ingrepen te ondergaan. De hierdoor ontstane vertrouwensbreuk kan veroorzaken dat toestemming voor medische behandeling later minder gemakkelijk gegeven wordt.

Op de POM komen over het algemeen vrouwen die zich goed hebben ingelezen, die zich bewust zijn van de risico's en overtuigd zijn van hun eigen krachten. Er is vaak een verschil tussen zorgverleners en zwangere vrouwen over het begrip 'risico'. Hulpverleners lijken gericht op eliminatie van geringe risico's. Zwangere vrouwen lijken in dergelijke gevallen meer gefocust op de kans op goede afloop. Veel zwangere vrouwen accepteren dat er een zeker risico is maar willen voor zichzelf afwegen wat voor hen een acceptabel risico is. Daarbij is ook van belang op te merken dat toepassing van bepaalde behandelingen conform richtlijnen en protocollen niet altijd *evidence-based* is.

Conclusie

Zoals benoemd bieden wettelijke bepalingen in deze context veelal weinig houvast en zijn multi-interpretabel. Het zelfbeschikkingsrecht van de zwangere vrouw heeft juridisch een sterke basis maar in de praktijk blijkt dat zorgverleners geneigd zijn om in zwangerschaps- en bevallingssituaties hun eigen medische inzicht en kennis te laten prevaleren. Het lijkt niet juist om dit probleem te schetsen als moeder-kindconflict. Het is passender om het te omschrijven als een arts-patiëntconflict: datgene wat de moeder wil, acht zij immers veelal juist in het belang van het ongeboren kind. In de praktijk

wordt geworsteld met de benadering van het zelfbeschikkingsrecht. Er moet een grotere bewustwording worden gecreëerd dat dit recht zoveel als mogelijk gerespecteerd dient te worden.

De zwangere vrouw en de zorgverlener zitten in deze context vaak op een verschillende golflengte. De benadering van het risico, de mate van *evidence-based* beleid, traumatische ervaringen in voorgaande zwangerschappen, en holistische levensvisies zijn allerlei factoren die het communiceren op dezelfde golflengte verhinderen.

Het spanningsveld tussen het zelfbeschikkingsrecht van de zwangere vrouw, de beschermwaardigheid van het ongeboren kind en de positie van de hulpverlener is sterk ethisch geladen. Zorgverleners zullen daarom bij zichzelf te rade moeten gaan welk onderliggend ethisch gedachtegoed hun visie op deze problematiek bepaalt. Zelfreflectie maar zeker ook het onderling bespreken van de casuïstiek en het reflecteren op de gedachtegang van anderen, zou bij kunnen dragen aan heroriëntatie op behandelmethoden van de hulpverlener.

Een vertrouwensband tussen zorgvrager en hulpverlener is waarschijnlijk de belangrijkste voorwaarde voor een goede behandelrelatie. In die context is het de overweging waard om 'anderen' zoals de eerstelijns verloskundige (bij een ontstane Medische Indicatie) of een 'doula' in te zetten. Het inzetten van een 'vertrouwenspersoon' blijkt namelijk een effectieve manier voor een vrouw om de bevalling als positief te ervaren.

Communicatie is een wezenlijk element in de behandelrelatie tussen de hulpverlener en de zwangere vrouw. Op dit vlak kan veel misgaan maar is wellicht ook veel winst te behalen. Effectieve communicatie bestaat uit het uitvragen van het probleem, de angsten en de belangrijkheden. Het is raadzaam om de zorgvrager het probleem en de oplossing zelf te laten omschrijven en ruimte te geven voor emoties. Deze emoties kunnen anders een oplossing verhinderen. Vervolgens dient men te onderzoeken of de voorgestelde oplossing haalbaar en uitvoerbaar is. Wanneer ontdekt wordt dat een aange-

dragen oplossing wel of niet uitvoerbaar is, maakt dit de stap naar eventuele alternatieven eenvoudiger. Beter is het om de zwangere te helpen zelf een oplossing of alternatief te bedenken, binnen de grenzen van het haalbare van zowel zorgvrager als de zorgverlener.

Oftewel, gezamenlijke besluitvorming (*shared decision making*) waarbij hulpverlener en patiënt samen tot een beleid komen wat het beste aansluit bij de wensen van de patiënt, dient geoptimaliseerd te worden. Vanaf 1 januari 2020 is de WGBO gewijzigd en is *shared decision making* ook wettelijk vastgelegd. Bij het model van gezamenlijke besluitvorming wordt de patiënt gezien als gesprekspartner van de behandelaar. Dit betekent dat zorgverleners gezamenlijk met de patiënt beslissingen nemen over een behandelingstraject. Goede informatievoorziening aan de patiënt en verslaglegging is hierbij van belang. Het nauwkeurig bespreken van het bevallingsplan kan hiervoor ingezet worden.

Veel medisch specialisten hebben onvoldoende tijd voor uitgebreide communicatie in de context van dit probleem. Wij achten het wenselijk dat dit probleem vanuit zorgaanbieders onderkend wordt en financiële en organisatorische randvoorwaarden worden geboden aan zorgverleners om meer tijd te investeren in effectieve communicatie met deze patiënten.

Referenties

1. EHRM 29 april 2002, ECLI:CE:ECHR:2002:0429JUD000234602 (Pretty v. the United Kingdom), r.o. 61.
EHRM 20 maart 2007, ECLI:CE:ECHR:2007:0320JUD000541003 (Tysiac v. Poland), r.o. 107.
EHRM 6 februari 2001, ECLI:CE:ECHR:2001:0206JUD004459998 (Bensaid v. UK), r.o. 47.
2. EHRM 26 mei 2011, ECLI:CE:ECHR:2011:0526JUD002761704 (R.R. v. Poland), r.o. 181.
3. Wijne R.P., *Aansprakelijkheid voor zorggerelateerde schade: de geneeskundige behandeling en de aansprakelijkheid bij schade van de patiënt*, Den Haag: Boom Juridisch 2017, p. 207.
4. EHRM 8 juli 2000, ECLI:CE:ECHR:2004:0708JUD005392400 (Vo v. France), r.o. 80.
5. Blaak M. e.a., *Handboek Internationaal Jeugdrecht*, Leiden: Defence for Children 2012, p. 31.
6. Kamerstukken II 1992/93, 22 855, nr. 3, p. 13.

7. H.E. Middelkoop, H.E., Satink, A.E.J., 'Het recht op bescherming tegen prenatale gezondheidsschade', FJR 2019/13, afl. 3, p. 50-59.
8. Petit, Ch, 'De ongeboren vrucht als persoon', RM Themis 1944, p. 169-183; J. Bennebroek-Gravenhorst, 'De patiënt in de baarmoeder. Ethische kanttekeningen bij intra-uteriene behandeling en diagnostiek', Medisch Contact 1992, p. 1266-1268; G. de Boer & A. Roex, 'Conflicterende belangen van zwangere vrouw en ongeboren kind', NTvG 1994, p. 295, 303.
9. Duijst, W.L.J.M., Eyck J. van, Kottenhagen, R.J.P. *Perinataal beleid; uiteindelijk eigen keuze van de zwangere?* NTOG 2013; 126: 351-4.
10. Wijne, R.P., 'VI.3.3.3.5 Verplichtingen van de hulpverlener uit hoofde van de behandelingsovereenkomst', Groene Serie Onrechtmatige daad, Deventer: Wolters Kluwer (online).
11. HR 12 maart 2013, ECLI:NL:HR:2013:BY4858, NJ 2013/423 m.nt. J. Legemaate, r.o. 4.3.
12. HR 9 november 1990, ECLI:NL:PHR:1990:A1103, NJ 1991/26 (Speeckaert/Gradener), r.o. 3.7.
13. Wijne, R.P., *Aansprakelijkheid voor zorggerelateerde schade: de geneeskundige behandeling en de aansprakelijkheid bij schade van de patiënt*, Den Haag: Boom Juridisch 2017, p. 397.
14. Mutsaers-Bogaers, Y., 'Goed hulpverlenerschap jegens het ongeboren kind', FJR 2018/5, p. 19-24.
15. HR 18 maart 2005, ECLI:NL:HR:2005:AR5213 (Baby Kelly) r.o. 4.15.

Samenvatting

Het weigeren van een behandeling heeft mogelijk nadelige gevolgen voor de gezondheid van het ongeboren kind. De zorgverlener wordt in dergelijke gevallen geconfronteerd met een disbalans tussen het zelfbeschikkingsrecht van de zwangere en de gezondheid van het ongeboren kind. Wettelijke bepalingen bieden hierin weinig houvast.

Het zelfbeschikkingsrecht heeft juridisch een sterke basis, en de zorgverlener moet de patiënt stimuleren om op juiste wijze het zelfbeschikkingsrecht uit te oefenen. Naast de plicht tot goed hulpverlenerschap jegens de zwangere, heeft de zorgverlener een zorgplicht jegens de ongeboren vrucht. Wettelijke bepalingen duiden wel dát, maar niet expliciet wélke bescherming het ongeboren kind toekomt.

De zorgverlener bevindt zich in een 'spagaat' tussen richtlijn en (zelfbeschikkings-)recht. De zorgverlener zal zich een zelfstandig oordeel moeten vormen over het al dan niet inzetten van een behandeling, en zal conform de leidraad 'Verloskundige zorg buiten de richtlijnen' meer tijd (moeten) mogen investeren in effectieve communicatie met (deze) patiënten.

Trefwoorden

Zorgweigering, wet, communicatie

Summary

Refusing treatment may have adverse consequences for the health of the unborn child. In such cases, the

healthcare provider is confronted with an imbalance between the pregnant woman's right to self-determination and the health of the unborn child. Legal provisions offer little guidance in this.

The right to self-determination has a strong legal basis, and the healthcare provider must encourage the patient to exercise the right to self-determination correctly. In addition to the duty to provide good care towards the pregnant woman, the care provider has a duty of care towards the unborn child. Legal provisions indicate not explicitly what protection is due to the unborn child.

The healthcare provider finds himself in a "split" between guideline and (self-determination) right. The care provider will have to form an independent judgment about whether or not to treat, and should be allowed to invest more time in effective communication with (these) patients.

Keywords

Informed refusal, law, effective communication

Contact

Irene de Graaf, Amsterdam UMC, locatie AMC, kamer H4-274, Meibergdreef 9, 1105 AZ Amsterdam, i.m.degraaf@amsterdamumc.nl

Belangenverstrengeling

De auteurs verklaren dat er geen sprake is van (financiële) belangenverstrengeling.





Daar zit een luchtje aan?!

dr. Anne Timmermans *gynaecoloog Amsterdam UMC, namens Gynae Goes Green*

Maart 2020: achteraf bezien de start van de COVID-19-pandemie in Nederland, net voor het begin van de intelligente lockdown en de afschaling van reguliere zorg. De Commissie Kwaliteitsdocumenten stuurde de multidisciplinaire richtlijn *Luchtbehandeling in operatiekamers en behandelkamers ter autorisatie aan jullie, de leden van de NVOG. Geïnspireerd door een voordracht van 'groen geëngageerd' anesthesioloog Niek Sperna Weiland (Amsterdam UMC) ging deze richtlijn begeleid door een memo.*

De Commissie Kwaliteitsdocumenten stelde samen met Gynae Goes Green voor om alle ingrepen uitgevoerd door gynaecologen minimaal onder klasse II voorwaarden te laten plaatsvinden. Ook bij klasse II luchtbehandeling wordt met 6 luchtverversingen in plaats van 20 (klasse I) de opgelegde norm van ISO7 behaald. Er is geen duidelijk bewijs in hoeverre de mate van luchtbehandeling op klasse I OK's infecties voorkomt.^{1,2} Daarentegen is de luchtbehandeling verantwoordelijk voor 90-99% van het energieverbruik van de OK. Het is evident dat een klasse II OK aanzienlijk minder energie verbruikt dan een klasse I OK: het energieverbruik van een operatiekamer kan met 70% dalen als het ventilatievoud van 20 naar 6 keer per uur wordt teruggeschaald.

Er was gepaste trots want we waren de enige vereniging op dat moment die vanuit duurzaamheid en vermindering van de CO₂-uitstoot deze stap hadden willen nemen. Er was ook scepsis bij het commentaar: 'Dan zal het effect op het milieu ook beperkt blijven, als alleen de gynaecologen het braafste jongetje van de klas blijven....'

Als braafste meisje van de klas, ging ik samen met het Green Team OK van mijn eigen ziekenhuis aan de slag. Gemotiveerd om dan in ieder geval het luchtbehandelingssysteem voor de spe-

cifieke gynaecologische ingrepen en gynaecologische operatiekamers direct aan te passen en de luchtverversingen naar beneden te zetten. En dan zit je aan tafel met technici die aan de basis staan van het luchtbehandelingssysteem. Waar de medici dachten: dan pas je dat even aan, blijken er zorgen bij de technici. Er zijn zorgen of het luchtbehandelingssysteem het verlagen van het aantal verversingen wel aan zou kunnen. Een uitleg over drukken, in de kamer en daarbuiten, kleppen in het systeem (die moeten blijven bewegen en niet vastroesten), volgt. Het duizelt de medici.... Om een lang verhaal kort te maken: een geavanceerd relatief nieuw luchtbehandelingssysteem zet je niet zo maar even selectief uit of lager. Daar ging het braafste meisje van de klas, teleurgesteld met de staart tussen de benen....

Kort daarna: de coronacrisis breekt echt uit en wereldwijd volgen er discussies over ventilatie en drukken in het algemeen maar ook specifiek op de OK. Er zijn zorgen en er is angst over verspreiding van aerosolen. Zo ook in ons ziekenhuis. Met de net opgedane kennis over de drukken, kleppen, ventilatievoud, kunnen we uiteindelijk toch meer variëren in het luchtbehandelingssysteem dan aanvankelijk gedacht. Ook hier kon er opeens meer door de druk van de COVID-19-pandemie.

Tegelijk vroeg ik me af: 'Waar waren wij toen dit luchtbehandelingssysteem op OK werd bedacht? Welke medici zaten aan tafel en hadden we genoeg kennis? Of dachten we: hoe hoger de klasse hoe geavanceerder, hoe beter? Of zoals de technicus duidelijk aangaf: als de dokters ons niet uitleggen wat het doel is en wat de grenzen zijn, dan gaan wij los op meer en hoger en beter. We denken dan dat we voor nog meer luchtverversingen moeten gaan en 'minder deeltjes in de lucht!'. Echter het doel van de luchtbehandeling, is het voorkomen van infecties, niet het ver-

'Wat kan ik maandag doen': meld je aan als representant van je vakgroep voor het netwerk duurzaamheid bij duurzaamheid@nvog.nl

minderen van 'deeltjes in de lucht'. En die infecties zijn ook al minder bij minder luchtverversingen. Sterker nog, bij laminaire flowsystemen (met veel luchtverversingen) zijn er mogelijk juist meer infecties. Kortom, het braafste meisje van de klas leerde: we moeten aan tafel zitten en kennis opdoen en die delen en kritische vragen stellen om te samen met de technici stappen te nemen. *Downsizen en less is more.* Door achter de schermen systemisch zaken te veranderen, zijn grotere stappen te zetten. Los van de individuele dokter en diens gedrag en kunnen we energie besparen. Dan kunnen we op het gebied van duurzaamheid stappen zetten. Dus werk je in een ziekenhuis waar de OK gaat verbouwen? Vind je duurzaamheid belangrijk? Meld je aan bij de verbouwcommissie! Laat je informeren en help het verspillen van energie op de OK tegen te gaan.

Via Gynae Goes Green en ook het Landelijk Netwerk Groene OK willen wij de kennis delen die er verspreid aanwezig is. Zodat niet iedereen het wiel zelf hoeft uit te vinden en niet alleen de NVOG het braafste jongetje van de klas is, maar we ook daadwerkelijk grote slagen op groene schaal kunnen gaan maken. Sluit je aan bij het groene netwerk van Nederland in de zorg!

Referenties

- <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28216243/>
- <https://www.who.int/gpsc/global-guidelines-web.pdf?ua=1>

Contact

dr. Anne Timmermans
a.timmermans@amsterdamumc.nl



VAGO-vader of -moeder gezocht

VAGO ontstaan in roaring twenties of swinging sixties?

dr. F. Yarde *gynaecoloog in opleiding en voorzitter VAGO*

In deze eerste editie van het jaar 2021 kondigen wij met trots aan dat de Vereniging Assistenten Gynaecologie en Obstetrie (VAGO) haar vierde lustrum viert. Om precies te zijn: haar statutaire lustrum!

Op 2 januari 2001 werd de oprichtingsakte notarieel vastgelegd door Angelique Goverde en Henk Schreuder. De VAGO bestaat echter al langer. Onze zoektocht naar de pioniers eindigde bij Mark Hans Emanuel en Frank Willem Jansen, die rond 1988-1991 VAGO-voorzitter waren. Wie de grondleggers zijn, is ons voornamelijk onbekend. Wij zijn lang niet zo oud als de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG), opgericht in 1887, en kunnen niet nagaan of onze VAGO-vader of -moeder in de roaring twenties of swinging sixties van de vorige eeuw is opgestaan. Het blijft voornamelijk een goed bewaard geheim.

Officieel dus twintig jaar, maar mogelijk al veel langer: een vereniging met als belangrijkste missie het behartigen van de belangen van de aios obstetrie en gynaecologie. Met een vertegenwoordiger per cluster en een dagelijks bestuur, speelt ons elfkoppige bestuur een actieve rol binnen de NVOG. Een VAGO-bestuurslid neemt dan ook onder andere deel in het NVOG-bestuur, het Concilium, de Beroeps Belangencommissie, de Commissie (Cursorisch) Onderwijs, de commissie Gynaecologie en de redactie van dit tijdschrift. Daarnaast worden externe relaties verzorgd door een afgevaardigde vanuit de VAGO bij De Jonge Specialist en de ENTOG, het European Network of Trainees in Obstetrics & Gynecology.

Om onze reikwijdte te vergroten en onze achterban te betrekken zijn eind

2019, op basis van de thema's uit ons visiedocument, vijf werkgroepen gecreëerd: Toekomstbestendig opleiden, De unieke patiënt en moderne gynaecoloog, Netwerkgeneeskunde, Werk-privébalans en Voorop in vernieuwing en implementatie. Hierin nemen enthousiaste aios deel die samen met een dossierhouder uit het VAGO-bestuur de actiepunten uit het visiedocument realiseren. Op onze eerste Visiedag in juli 2020 kwam deze bevlogen en inspirerende groep samen en werden ideeën en eerste resultaten gepresenteerd. Enkelens zijn al voorbijgekomen in dit tijdschrift; het artikel aangaande het inzichtelijk maken van de sollicitatie procedures en de aankondiging van de nieuwe digitale revolutie door de werkgroep Voorop in vernieuwing en implementatie. Deze werkgroep heeft bovendien een biënnale innovatieprijs voor aios opgericht. Deze prijs wordt mede mogelijk gemaakt door de Wim Schellekens Stichting ter bekroning van de aios met affiniteit voor innovatie. Terugblikkend behoort de Visiedag zeker tot één van onze hoogtepunten uit het jaar 2020, waarbij een nieuwe traditie is ontstaan; de Visiedag voor 2021 staat al gepland. Komend jaar kunnen jullie via deze rubriek meer verwachten van en over onze werkgroepen.

Het vierde (of toch tiende?) lustrum grijpen we aan om onze agenda dit jaar extra feestelijk te maken. Op 17 september 2021 (save the date!) zal het VAGO-lustrumsymposium inclusief feest plaatsvinden met als thema The roaring twenties. Hier zal de innovatieprijs worden uitgereikt. Onze VAGO-lustrumcommissie doet er alles aan om ons (hopelijk) fysieke weerzien zo bijzonder mogelijk te maken. Daarnaast zal het VAGO-bestuur in

2021 verdergaan met haar VAGO goes to-workbezoeken om in elk cluster op te halen wat er speelt om zo als VAGO-bestuur haar rol als belangenvertegenwoordiger te maximaliseren. Vorig jaar kwam zo het aios-lidmaatschap voor NVOG-werkgroepen/SIG's en commissies ter sprake. Nu de financiële drempel is weggenomen en het lidmaatschap vanaf januari dit jaar verlaagd is naar €10,- hopen wij dan ook dat de deelnamegraad onder aios fors zal toenemen!

Nieuwsgierig naar waar het allemaal ooit begon en hoe wij onze koers kunnen behouden, doen wij hierbij een driedelige oproep aan alle leden:

1. Heb jij in het VAGO-bestuur gezeten? Laat het ons weten (inclusief jaartal) via secretaris@nvog-vago.nl
2. Ben jij als aios geïnteresseerd in deelname aan onze VAGO-werkgroepen? Houd onze berichtgeving hierover dit jaar in de gaten!
3. Wil je als aios weten hoe je kans maakt op onze innovatieprijs? Bekijk onze website www.nvog.nl/de-vago/opleiding/attachment/aios-innovatieprijs-2021/

Wij kijken uit naar een succesvol, inspirerend en verbindend jaar en spreken hierbij dank uit naar de NTOG-redactie voor deze rubriek die wij in 2021 opnieuw vol trots zullen vullen.

Tips, tricks en valkuilen

Het echoscopisch onderzoek van monochoriale tweelingen in de praktijk

dr. L. van den Haak *aios-ko gynaecologie LUMC, Leiden, thans gynaecoloog; fellow perinatologie & prenatale diagnostiek, Amsterdam UMC*

drs. M. Gijtenbeek *aios-ko gynaecologie, LUMC Leiden*

I.M. Vogelesang *echoscopiste, LUMC, thans Erasmus MC, Rotterdam*

dr. F. Slaghekke *gynaecoloog-perinatoloog, LUMC, Leiden*

dr. M.C. Haak *gynaecoloog-perinatoloog, LUMC, Leiden*

Monochoriale tweelingzwangerschappen zijn hoogrisico-zwangerschappen die gepaard gaan met een significant hogere foetale mortaliteit en morbiditeit ten opzichte van eenlingen en dichoriale tweelingen. Dit wordt voornamelijk veroorzaakt door de gedeelde placenta met vasculaire anastomosen. De prognose van beide foetus is beter wanneer deze complicaties vroeg worden opgespoord en behandeld. Echoscopie vormt de basis voor een tijdige diagnose. Dit artikel biedt u een klinisch toepasbaar overzicht van de aandachtspunten bij het echoscopisch onderzoek van de monochoriale tweelingzwangerschap.

Introductie

De kans op foetale sterfte bij monochoriale (MC) tweelingen na een amenorroeduur (AD) van 20 weken bedraagt ongeveer 10%. Dit is significant hoger dan bij eenlingen of bij dichoriale (DC) tweelingen. Een aantal karakteristieke risico's ten gevolge van een gedeelde placentaire circulatie ligt hieraan ten grondslag, waaronder het tweeling transfusie syndroom (TTS), tweeling anemie polycythemie syndroom (TAPS), de selectieve intra-uteriene groeivertraging (sIUGR) en *twin reversed arterial perfusion* (TRAP). Een tijdige detectie van deze complicaties verbetert de prognose. Daarom zijn intensieve prenatale controles noodzakelijk. Echoscopie vormt een belangrijk onderdeel van deze controles en nationale en internationale richtlijnen adviseren een tweewekelijkse evaluatie. Dit artikel beschrijft de elementen van het echoscopisch onderzoek bij MC-tweelingzwangerschappen. Aan de hand van praktijkvoorbeelden worden een aantal valkuilen geïllustreerd.

Echoscopisch onderzoek

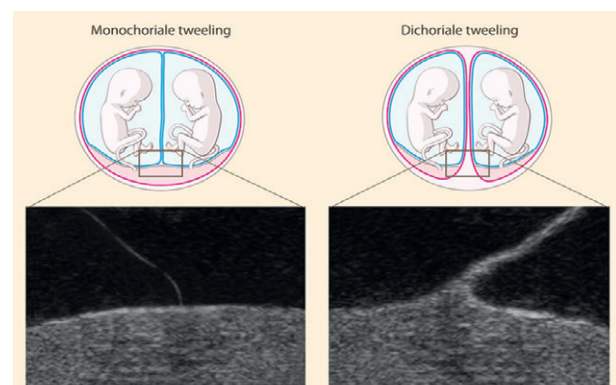
Om beide foetussen gedurende de zwangerschap echoscopisch betrouwbaar te kunnen volgen, is het belangrijk om een consistente strategie te hanteren voor het antenataal naamgeven van beide foetussen. Dit is mogelijk op basis de positie in de buik (bijvoorbeeld links en rechts), echter zeker vroeg in de zwangerschap kan deze positie wisselen. Een beter alternatief is positionering op basis van de navelstrenginsertie op de placenta, waarbij foetus A correspondeert met de laagste navelstrenginsertie. De vroegste laser voor TTS in het LUMC is verricht bij 14+6 weken AD. Daarom wordt

vanaf 14 weken AD tweewekelijks echoscopisch onderzoek geadviseerd om onder andere TTS tijdig op te sporen. Een geavanceerd echoscopisch onderzoek wordt verricht vanwege een hoger risico op structurele afwijkingen. Vooral de kans op hartafwijkingen en neuralebuisdefecten is verhoogd.

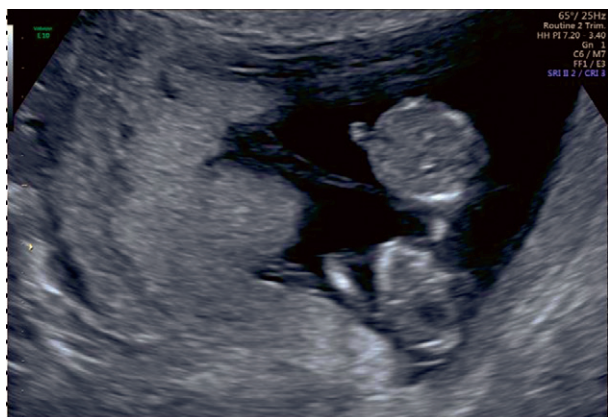
Chorioniciteit

Een 21-jarige gravida 1 para 0, zwanger van een dichoriale diamniotische (DCDA) tweeling, wordt gezien voor het structureel Echoscopisch Onderzoek (SEO). Er is sprake van een onverklaarde discrepantie in het vruchtwater en ascites bij één van de foetussen. Nader echoscopisch onderzoek toont een klassiek TTS-beeld. Eerder werd bij 13+5 weken een lambdasign beschreven, echter de gemaakte beelden geven in retrospectief onvoldoende uitsluitel. Bij navraag aan de ouders bleek het eerste onderzoek te zijn verricht in het buitenland bij AD van 6+1 weken. Ouders konden deze beelden tonen en er waren twee dooierzakjes in één vruchtzak zichtbaar. Het betrof dus een monochoriale diamniotische (MCDA) tweeling met TTS in een gevorderd stadium, waarvoor een laserbehandeling wordt verricht.

Hoe eerder de chorioniciteit vastgesteld wordt, des te betrouwbaarder deze bevinding is. Voor 10 weken AD duidt de aanwezigheid van twee embryo's in één zwangerschapsholte op een MC-meerling. Twee zwangerschapsholtes in de jonge zwangerschap past bij een DC-tweeling. Vanaf ongeveer 10 weken AD wordt de chorioniciteit bepaald aan de



Figuur 1. T-sign versus lambda-sign



Figuur 2. "Leeg" lambda-sign bij MCDA



Figuur 3. Cocoon-sign

hand van het λ -teken en T-sign. Bij DC-tweelingen is er een dik *intertwin*-membraan bestaande uit vier lagen: tweemaal chorion en tweemaal amnion. Echoscopisch is dit herkenbaar als het λ -sign. Bij MCDA-tweelingen is er een dun membraan, enkel bestaande uit twee lagen amnion. Echoscopisch is dit herkenbaar als het T-sign (figuur 1). Het λ -teken kan fout-positief zijn, zoals in bovenstaande casus. Beide amnionvliezen kunnen een zogenaamd *black lambda* maken die wordt aangezien voor een 'gewoon' λ -sign, zoals bij regressie van de dooierzakken of in het geval van een hematoom (figuur 2). Er is echter geen interpositie van chorionweefsel in het begin van het intertwin-membraan. Twijfel kan weggenomen worden door het membraan over de gehele lengte en vanuit verschillende invalshoeken te bekijken. Uitgebreide documentatie van de vroege echo's, inclusief λ -sign en T-sign is noodzakelijk. Het meegegeven van plaatjes aan patiënten kan nuttig blijken in geval er later twijfel ontstaat. Onduidelijkheid over chorioniciteit dient zo vroeg mogelijk te worden weggenomen eventueel door overleg met een collega met meer ervaring. Uitstellen van een beslissing is onverstandig wegens verdwijnen van chorioniciteitskenmerken na 14 weken AD.

Beoordeling tussenschot

Een 31-jarige G2P1 wordt bij 15+6 weken AD gezien wegens afwezigheid van een tussenschot en men vermoedt dat het een monochoriale monoamniotische tweeling betreft. Vanaf 13 weken werd slechts een amnionholte gevisualiseerd. Er

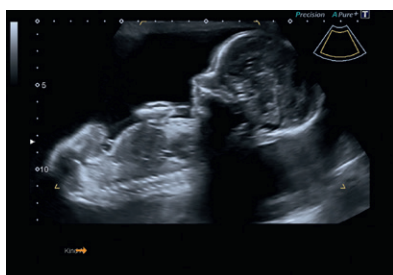
zijn twee goed beweeglijke foetussen. De SDP bedraagt steeds maximaal 6 cm. Echoscopie bevestigt een SDP van 6 cm bij foetus A en een compleet anhydramnion bij foetus B, waarbij het amnionvlies tussen beide foetussen moeilijk te visualiseren is. Tevens is er afwezige blaasvulling bij foetus B duidend op een TTS-Quintero-stadium-2 (tabel 1). Patiënte kreeg een laserbehandeling.

Bij een TTS waarbij de donor zeer weinig vruchtwater heeft, kunnen zich twee drogbeelden voordoen die sterk lijken op een MA-zwangerschap. In bovenstaande casus was sprake van een *cocoon sign*. De donor raakt door het anhydramnion gevangen tussen de eigen amnionvliezen en hangt als het ware aan de eigen navelstreng in de uterus (figuur 3). Bij echoscopie lijkt er sprake van een vrijbewegende foetus. Deze donor bevindt zich echter in een anhydramnion in het polyhydramnion van de recipient. Het tweede drogbeeld is de *stuck twin* (figuur 4). Hierbij ligt de donor in een anhydramnion gefixeerd tegen de uteruwand. In beide situaties kan men denken dat het om een MA-meerlingzwangerschap gaat omdat er geen amnionvlies tussen beide foetussen wordt gezien. De diagnose van TTS werd in bovenstaande casus bemoeilijkt door de vroege termijn. Onder een amenorroeduur van 16 weken voldoet het beeld vaak niet aan de klassieke indeling volgens Quintero. In onze casus was de SDP nooit meer dan 6 cm. In dergelijke gevallen zoekt men naar andere echoscopische aanwijzingen van *volumeshift*: vruchtwater

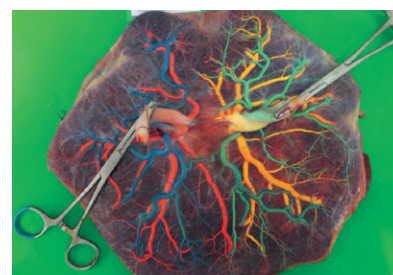
Tabel 1. Tweeling transfusie syndroom: Quintero-stadia

Stadium	Vruchtwater	Blaasvulling	Dopplers	Hydrops	IUVD
1	• SDP donor ≤ 2 cm • SDP recipient ≥ 8 cm ^a	Aanwezig	Normaal	Geen	Geen
2		Afwezig bij donor	Normaal	Geen	Geen
3			Afwijkend ^b	Geen	Geen
4				Aanwezig bij recipient	Geen
5					IUVD van een of beide foetussen

a tot 20 weken AD wordt een SDP van ≥ 8 cm gehanteerd. Boven 20 weken AD een SDP van ≥ 10 cm
b Afwijkende Dopplers: PI AU, ACM, DV



Figuur 4. Stuck twin



Figuur 5. Navelstrenginsertie

verschil, uitgezette blaas bij de recipient, abnormale dopplers, tricuspidregurgitatie, cardiomegalie of een SDP \geq 6 cm.

TTS, sIUGR, TAPS, TRAP

Tweeling transfusie syndroom (TTS)

Bij een 30-jarige G2P1 met een MCDA-gemelli is sprake van een milde vruchtwaterdiscrepantie, die niet voldoet aan de TTS-criteria. Dit verschil wordt voor het eerst bij 16 weken AD aangetroffen en is onveranderd aanwezig bij echoscopie rond 18 en 20 weken AD. Er zijn geen andere bijzonderheden. Bij 21 weken AD meldt patiënte zich in verband met buikpijn en een zwaar gevoel onderin de buik. Er zijn geen harde buiken. Aanvullend onderzoek toont geen aanwijzingen voor infectie. Bij echoscopisch onderzoek worden er twee bewegelijke foetussen gezien met normale dopplers van de arteria umbilicalis (AU). Visualisatie van het amnionvlies wordt op dat moment niet gedocumenteerd. Er volgt een second opinion wegens het persisteren van de klachten. Hierbij wordt een cocoon sign aangetroffen passend bij een anhydramnion van kind A in combinatie met een polyhydramnion bij kind B. Er is bij beide foetussen blaasvulling aanwezig en het dopplerprofiel is normaal, duidend op een TTS-Quintero-stadium-1 (tabel 1). Meting van de cervixlengte toont een verkorte cervix van 15 mm. Hierop wordt besloten tot een laserbehandeling. Helaas bevalt de patiënte een paar dagen na haar behandeling alsnog immatuur.

Bij klachten in de (onder)buik is het belangrijk steeds aan TTS te denken en daarbij een volledig echoscopisch onderzoek te verrichten, gericht op het aantonen dan wel uitsluiten van TTS. Ook wordt de cervixlengte gemeten om dreigende vroeggeboorte door het polyhydramnion te herkennen. Hoewel een laserbehandeling klassiek vanaf Quintero-stadium-2 wordt aangeboden, is ook een stadium 1 met maternale klachten door het polyhydramnion of een symptomatische cervixlengteverkortening een reden voor een laserbehandeling. Gezien het belang van vroege detectie van TTS zijn er meerdere metingen onderzocht om reeds in het eerste trimester TTS later in de zwangerschap te kunnen voorspellen. Een nuchal translucency (NT) discordantie van 20% of meer, of een verdikte nekplooiemeting lijkt geassocieerd met het optreden van TTS en sterfte bij MC-meerlingen. Ook een afwijkende A-wave in de ductus venosus (DV) is geassocieerd met het optreden van TTS. Helaas zijn deze associaties te zwak om klinisch relevant te zijn en daarmee blijft het lastig om te voorspellen welke MC-meerlingzwangerschappen at risk zijn om een TTS te ontwikkelen.

Crown rump length (CRL) discordantie is niet voorspellend voor het optreden van TTS. Daarentegen is een CRL-discordantie in het eerste trimester van meer dan 11% wel geassocieerd met het optreden van een groeirestrictie van één van beide foetussen.

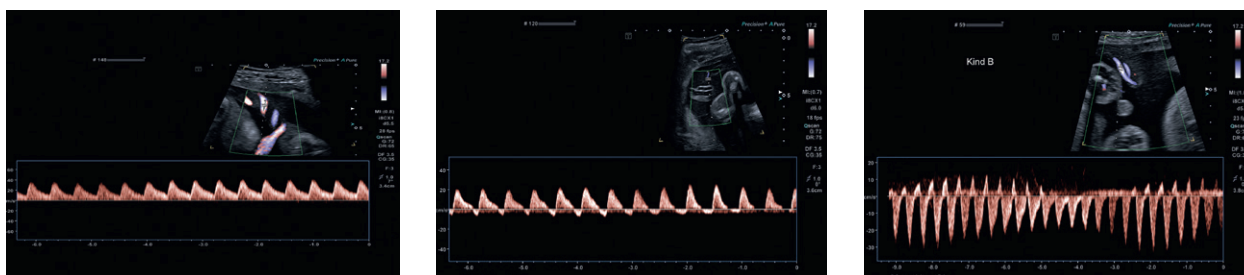
Selectieve intra-uteriene groeirestrictie (sIUGR)

Een 33-jarige G4P2 wordt bij 22+0 weken AD verwezen wegens verdenking op TTS vanwege een vruchtwaterdiscrepantie (DVP 6 en 0,5 cm) en afwezigheid van blaasvulling bij één foetus. De discrepantie in vruchtwater wordt bevestigd en is inderdaad opvallend. Daarnaast blijkt er ook een forse groeirestrictie (p90 versus p3). Er is sprake van normale blaasvulling van de grootste foetus en afwezige blaasvulling bij de kleinste foetus. Het dopplerpatroon van de kleine foetus toont een hoge PI in de AU en tekenen van brainsparing met een verlaagde cerebro placentaire ratio (CPR). Er is dus sprake van een sIUGR, met een hoge kans op een foeto-foetaal conflict.

Met de ouders werd het beeld besproken. De normaal gegroeide foetus kan nadeel ondervinden door een premature partus om de sIUGR-foetus te redden. Ook is er kans op intra-uteriene sterfte of lange termijn neurologische schade bij de normaal gegroeide foetus indien de sIUGR-foetus intra-uterien komt te overlijden. De ouders kozen na alle informatie voor selectieve reductie om zo de normaal gegroeide foetus de beste kans op overleving te geven.

Het onderscheid tussen TTS en sIUGR is niet altijd direct duidelijk. Bij sIUGR wordt niet zelden ook een oligohydramnion, verminderde blaasvulling of afwijkende dopplermetingen gezien. Echter, obligeert voor de diagnose TTS is het gelijktijdig aanwezig zijn van een polyhydramnion en oligohydramnion. Conform internationale consensus wordt een sIUGR gedefinieerd door een *expected fetal weight* (EFW) onder de 10e percentiel bij één van beide foetussen, of een verschil in EFW tussen beide foetussen van 25%.

De vasculaire anastomosen bij MC-meerlingzwangerschappen kunnen het patroon van de bloeddorstrooming door de AU beïnvloeden, in het bijzonder als er grote arterio-arteriële anastomosen zijn en de navelstrengen dicht bij elkaar liggen (figuur 5). De prognose hangt, naast de ernst van de groeirestrictie, af van deze anastomosen en de invloed op het dopplerprofiel van de UA van de groeivertraagde foetus. Er zijn drie typen patronen te herkennen naar aanleiding van de indeling volgens Gratacos: er is een continue einddiastolische flow (EDF) of continu afwezige EDF (AEDF) dan wel



Figuur 6. Gratacos classificatie

reversed flow (REDF) of wisselend EDF en AEDF/REDF (figuur 6). Van dit laatste wordt aangenomen dat dit optreedt door een grote arterio-arteriële anastomose. Zolang de hartslag van beide foetussen synchroon loopt is deze anastomose in evenwicht. Echter, wanneer de hartslagen niet meer synchroon zijn kan dit leiden tot een omkering van de bloedstroom ten tijde van de diastole. Deze situatie geeft een kans op (onverwachte) intra-uteriene vruchtdood van ongeveer 15%. De behandelopties zijn onder andere afhankelijk van de amenorroeduur en bestaan uit *expectant management*, laserbehandeling van de placenta conform TTS, selectieve reductie of complete zwangerschapsafbreking. Geen enkele behandeling is helaas zonder risico. Vooral de kans op een premature partus is verhoogd bij een invasieve ingreep.

Tweeling anemie polycythemie syndroom (TAPS)

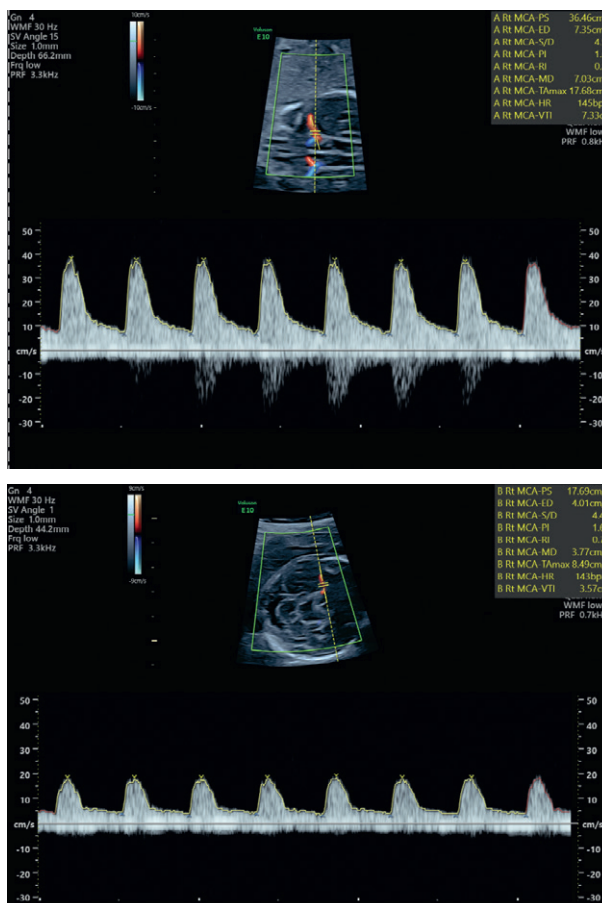
Een 36-jarige G5P3 krijgt bij 21+3 weken AD een laserbehandeling wegens TTS-Quintero-stadium-2. Zij bevalt bij een termijn van 36+4. Direct postpartum valt op dat het eerste kind erg bleek is en het tweede kind rood. Aanvullend onderzoek toont een anemie bij het eerste kind en een polycythemie bij het tweede. Onderzoek van de placenta toont een kleine restanastomose aan de uiterste rand van de placenta. Er was dus sprake van een TAPS. In retrospectief werd er bij de echo's van 32 en 34 weken AD beschreven dat in kind A de MCA-PSV-doppler niet gemeten kon worden. Bij kind B was de waarde rond de 1,5 multiple of the median (MoM).

Bij TAPS is sprake van een significant verschil in hemoglobine van beide foetussen zonder dat er een verschil in vruchtwater is. Dit ontbreken van vruchtwaterdiscrepantie is een belangrijk verschil met TTS. Na een laserbehandeling treedt TAPS in 2-13% van de casus op, maar het komt ook in 3-5% spontaan voor bij MCDA-tweelingen zonder laser. TAPS ontstaat door zeer kleine, meestal arterio-veneuze, vaatverbindingen. Net als bij TTS treedt er een netto bloedstroom op van de ene naar de andere foetus, maar het volume en de snelheid waarmee dit bij TAPS gepaard gaat is zo klein dat beide foetussen normovolemisch blijven. De diagnose wordt echoscopisch gesteld door het meten van de PSV in de ACM. Tot voor kort werden hiervoor de absolute waarden aanbevolen: een PSV > 1,5 MoM duidt op een anemie en een PSV < 1,0 MoM op polycythemie (figuur 7). Uit recent onderzoek is gebleken dat het verschil (of delta) tussen beide PSV waarden mogelijk een betere voorspeller voor TAPS is dan de absolute waarden. Hierbij wijst een delta van 0,5 MoM of meer op een hoge waarschijnlijkheid op TAPS.

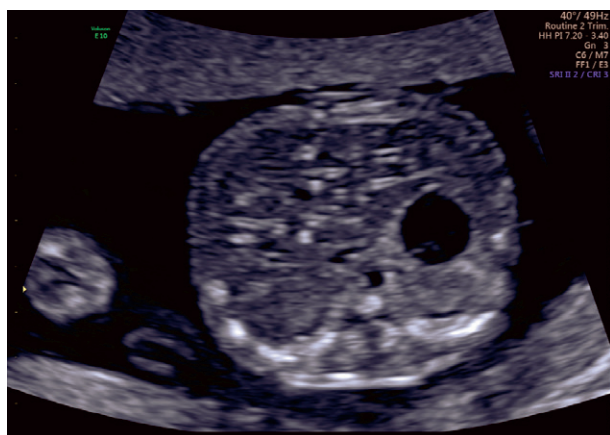
Deze casus toont dat bij ernstige polycythemie de PSV ACM zo laag kan zijn, dat deze technisch nauwelijks te meten is. Als de PSV van de ander hoog is moet er goed gelet worden op andere symptomen van TAPS, zoals een *starry sky liver* bij de polycytemische foetus (figuur 8) en cardiomegalie en hydrops bij de anemische foetus.

Conclusie

Een MC-tweelingzwangerschap gaat gepaard met een hoog risico op complicaties, waarvan een aantal karakteristiek past bij een gedeelde placenta. Vanaf 14 weken zwangerschap dient er tweewekelijks echoscopisch onderzoek plaats te vinden om TTS, TAPS en sIUGR tijdig op te sporen. Dit interval stelt in staat om deze complicaties in een vroeg stadium op te sporen. Een vroege detectie en behandeling verbetert de prognose voor beide foetussen.



Figuur 7. PSV ACM bij TAPS



Figuur 8. Starry sky liver TAPS

Referenties

- American College of Obstetricians and Gynecologists. *Ultrasound in pregnancy*. ACOG Practice bulletin no. 175. *Obstet Gynecol*, 2016;128, e241-e256.
- D'Antonio F, Benlioglu C, Sileo FG, Thilaganathan B, Papageorgiou A, Bhide A et al. *Perinatal outcomes of twin pregnancies affected by early twin-twin transfusion syndrome: A systematic review and meta-analysis*. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2020 Sep;99(9):1121-1134
- Gratacos E, Lewi L, Munoz B, Acosta-Rojas R, Hernandez-Andrade E, Martinez JM, et al. *A classification system for selective intrauterine growth restriction in monochorionic pregnancies according to umbilical artery Doppler flow in the smaller twin*. *Ultrasound Obstet. Gynecol.* 30 (1) (2007) 28-34.
- Khalil A, Beune I, Hecher K, Wynia K, Ganzevoort W, Reed K, et al. *Consensus definition and essential reporting parameters of selective fetal growth restriction in twin pregnancy: A Delphi procedure*. *Ultrasound Obstet. Gynecol.* 2019, 53, 47-54.
- Khalil A, Rodgers M, Baschat A, Bhide A, Gratacos E, Hecher K, et al. *ISUOG Practice Guidelines: role of ultrasound in twin pregnancy*. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*. 2016;47(2), 247-263.
- Lu J, Cheng YKY, Ting YH, Law KM, Leung TY. *Pitfalls in assessing chorioamniocity: novel observations and literature review*. *Am J Obstet Gynecol*. 2018 Sep;219(3):242-254.
- McDonald R, Hodges R, Knight M, Teoh M, Edwards A, Neil P, Wallace EM, DeKoning P. *Optimal Interval between Ultrasound Scans for the Detection of Complications in Monochorionic Twins*. *Fetal Diagn Ther.* 2017;41(3):197-201.
- Moise KJ, Surveillance of monochorionic twins. *Am J Perinatol.* 2014 Sep;31 Suppl 1:S3-6. Morin, L., Lim, K., Bly, S., Butt, K., Cargill, Y. M., Davies, G., et al. *Ultrasound in twin pregnancies*. *Journal of obstetrics and gynaecology Canada*. 2011; 33(6), 643-656.
- Quintero RA, Morales WJ, Allen MH, et al. *Staging of twin-twin transfusion syndrome*. *J Perinatol.* 1999 Dec;19(8 Pt 1):550-555.
- RCOG Guideline. *Management of monochorionic twin pregnancy*. 2016. Simpson LL. *Ultrasound in twins: dichorionic and monochorionic*. *Semin Perinatol.* 2013 Oct;37(5):348-58.
- Sueters M, Oepkes D. *Diagnosis of twin-to-twin transfusion syndrome, selective fetal growth restriction, twin anaemia-polycythaemia sequence, and twin reversed arterial perfusion sequence*. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2014 Feb;28(2):215-26.
- Tollenaar LSA, Lopriore E, Middeldorp JM, Haak MC, Klumper F, et al. *Improved prediction of twin anemia-polycythemia sequence by delta middle cerebral artery peak systolic velocity: New antenatal classification system*. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*, 2019, 53(6), 788-793.
- Townsend R, Khalil A. *Ultrasound screening for complications in twin pregnancy*. *Semin Fetal Neonatal Med.* 2018 Apr;23(2):133-141.
- Townsend R, Khalil A. *Ultrasound surveillance in twin pregnancy: An update for practitioners*. *Ultrasound.* 2018 Nov;26(4):193-205.

Samenvatting

Monochoriale tweelingzwangerschappen zijn hoog-risico-zwangerschappen die gepaard gaan met een significant hogere foetale mortaliteit en morbiditeit ten opzichte van eenlingen en dichoriale tweelingen. Het risico op congenitale afwijkingen, in het bijzonder cardiale, is verhoogd. Door de gedeelde placenta met vasculaire anastomosen kan een aantal complicaties optreden die specifiek zijn voor monochoriale tweelingzwangerschappen.

Het tweeling transfusie syndroom en tweeling anemie polycythemie syndroom ontstaan door een ongebalceerde uitwisseling van bloedstroom van foetus A naar foetus B door deze vaatanastomoses. Selectieve groeivertraging treedt op als er sprake is van *unequal sharing* van het

placentabed. Tot slot kan er sprake zijn van een acardiacus-zwangerschap.

Echoscopie vormt de basis voor een tijdige diagnose waardoor ernstige foetale complicaties kunnen worden voorkomen.

Trefwoorden

Monochoriaal, tweeling, TTS, TAPS, TRAP, sIUGR

Summary

Monochorionic twin pregnancies are associated with a higher risk of complications compared to singleton and dichorionic twin pregnancies. The risk of congenital defects is increased, especially cardiac defects. The shared placenta with a communicating placental vasculature is the source of complications typical for monochorionic twins. Twin to twin transfusion syndrome and twin anemia polycythemia syndrome occur in case of an unbalanced communicating vasculature, causing a net blood-flow from fetus A to B. Selective intra-uterine growth restriction is generally a result of an unequal sharing of the placenta. Finally, acardiac twin pregnancies exist. Ultrasound is a key element in the early detection of these problems which lowers the risk of serious fetal complications such as longterm neurological damage and intra-uterine demise.

Keywords

Monochorionic, twin, TTS, TAPS, TRAP, sIUGR

Contact

Monique Haak, m.c.haak@lumc.nl
LUMC, Kamer K6-26, Postbus 9600, 2300 RC Leiden

Verklaring belangenverstrengeling

De auteurs verklaren dat er geen sprake is van belangenverstrengeling.

Het optimum van continuïteit, kwaliteit en kosteneffectiviteit

Physician assistant-klinisch verloskundige: de 'nieuwe' sterspeler binnen de obstetrie

R.E. Paters *physician assistant-klinisch verloskundige i.o., Zuyderland Medisch Centrum, Heerlen*

N. van Duin *physician assistant-klinisch verloskundige i.o., UMC Utrecht*

B. Engeltjes, MPA *docent masteropleiding Physician Assistant - Klinisch Verloskundige, Hogeschool Rotterdam*

dr. M.M.L.H. Wassen *gynaecoloog, Zuyderland Medisch Centrum, Heerlen*

Jaarlijks worden gemiddeld 25 klinisch verloskundigen uit diverse ziekenhuizen in Nederland opgeleid tot physician assistant-klinisch verloskundige (PA-KV) aan de Hogeschool Rotterdam. Inmiddels is de meerwaarde van het inzetten van physician assistants (PA) binnen andere specialismen aangetoond. Het inzetten van afgestudeerde physician assistants-klinisch verloskundigen en het benutten van hun competenties en vaardigheden voor de obstetrie en gynaecologie verschilt nog per kliniek. Een logisch besluit of een gemiste kans?

In Nederland bevalt meer dan 71% van de barenden vrouwen in het ziekenhuis met een medische indicatie.¹ 28,1% van het totaal aantal verloskundigen in Nederland is werkzaam als klinisch verloskundige.² Uit onderzoek is gebleken dat klinisch verloskundigen 70% van de bevallingen met een medische indicatie begeleidt.³ Klinisch verloskundigen spelen daarmee een belangrijke rol in de gehele keten van de geboortezorg. Het werk van een verloskundige in een ziekenhuis vereist andere vaardigheden en competenties dan verloskundige zorg in een eerstelijns praktijk.⁴

Opleiding en inzet van PA-KV's

Klinisch verloskundigen kunnen sinds 2005 de geaccrediteerde en gesubsidieerde HBO- masteropleiding Physician Assistant - Klinisch Verloskundige (MPA-KV) volgen. Deze 2,5 jaar durende masteropleiding is opgezet door de Hogeschool Rotterdam in samenwerking met het Erasmus MC. Het is een aanvulling op de bacheloropleiding voor verloskundigen en leidt op tot de internationaal erkende titel Master of Science (MSc). De masteropleiding biedt klinisch verloskundigen de mogelijkheid tot verdieping in de verloskunde en verbreding van hun algemene medische kennis. Daarnaast ontwikkelen zij ook organisatorische vaardigheden, klinisch leiderschap en wetenschappelijke vaardigheden. Hierdoor is een PA-KV niet alleen van toegevoegde waarde op de werkvloer, maar kan zij ook ingezet worden voor onder andere managementtaken, bij innovatie- en implementatietrajecten of het opzetten en uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek. De PA-KV wordt dus opgeleid tot een multidisciplinaire teamspeler en is daarmee voorbereid op taakherschikking en taakdifferentiatie. De minimale eindtermen voor de PA-KV-opleiding zijn vergelijkbaar met het niveau van een eind tweedejaars arts in opleiding tot specialist (AIOS)

binnen het obstetrisch kennisdomein. De beroepspraktijk laat zien dat er binnen de ziekenhuizen veel variatie is met betrekking tot het opleiden van klinisch verloskundigen tot PA-KV.⁵ Bij 51 (76%) van de 67 Nederlandse ziekenhuizen met een afdeling acute verloskunde zijn PA-KV's werkzaam en/of worden PA-KV's opgeleid. In 37 (54%) ziekenhuizen zijn meer dan drie PA-KV's opgeleid. In sommige ziekenhuizen worden er jaarlijks één of meerdere PA-KV's opgeleid, in andere ziekenhuizen geen. In september 2020 waren er in totaal 181 klinisch verloskundigen afgestudeerd als PA-KV en waren er 97 in opleiding.⁶ In vijf jaar tijd is dit een ruime verdubbeling van het aantal afgestudeerde PA-KV's.

Meerwaarde van de PA-KV's

Recent gepubliceerd onderzoek laat zien dat de PA-KV's in de integrale geboortezorg op meerdere niveaus een bijdrage leveren aan de kwaliteit van zorg.⁷ Dit betreft zowel de individuele zorg voor de patiënt, het werken binnen het klinisch verloskundigen team in het ziekenhuis en het werken binnen een Verloskundig Samenwerkingsverband (VSV). De grote meerwaarde zit in het borgen en versterken van de kwaliteit en de continuïteit van de verloskundige zorg aan zwangeren met een medische indicatie. Daarnaast kan de PA-KV een bijdrage leveren aan onderwijs, onderzoek en organisatie van de zorg.

De functie PA behoort per 1 september 2018 tot een van de negen beroepen die zich in het BIG-register kan registreren en hiermee de voorbehouden handelingen kan uitvoeren die in het BIG-register voor PA's zijn opgesteld.⁸ Door de aanwezige dubbelregistratie in wet BIG, als verloskundige en PA, kunnen ook de verloskundig voorbehouden handelingen wettelijk geborgd worden.⁹ Op deze manier komt volgens het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) een passende oplossing voor het ruim tienjarige dossier van wettelijke erkenning van de niet-geregistreerde titel van 'klinisch' verloskundige.¹⁰⁻¹³

In 2013 zijn in opdracht van VWS bezuinigingseisen vastgelegd in het opleidingsakkoord.⁹ In 2022 zal ten opzichte van 2013 totaal circa 29% bezuinigd moeten worden. Dit zal gerealiseerd moeten worden door vermindering van de instroom van het aantal AIOS en verkorting van de opleiding tot gynaecoloog. Naar aanleiding hiervan heeft de Federatie Medisch Specialisten het TOKIO Optimum Model ontwikkeld.¹⁰

TOKIO Optimum is een rekenmodel waarin formaties bestaande uit verschillende combinaties van in te zetten functionarissen met elkaar vergeleken worden in relatie tot kwaliteit en kosten. Anticiperend op deze afname van AIOS hebben ziekenhuizen gezocht naar optimale oplossingen voor de werkvloer. Een vooruitstrevend voorbeeld is het Zuyderland Medisch Centrum, waar de vakgroep Obstetrie & Gynaecologie ervoor heeft gekozen om vanaf 1 januari 2018 afgestudeerde PA-KV's in te zetten binnen de A(N)IOS-formatie.

PA-KV's in de praktijk

Sinds het Zuyderland Medisch Centrum een nieuwe koers heeft ingezet en er taakherschikking heeft plaatsgevonden, hebben vijf klinisch verloskundigen met succes de opleiding tot PA-KV afgerond en zijn er vier klinisch verloskundigen in opleiding tot PA-KV. De afgestudeerde PA-KV's zijn werkzaam op de zwangeren- en kraamafdeling in een vergelijkbare functie als bijvoorbeeld een zaalarts en verzorgen antenatale en postnatale zorg op de polikliniek en het zwangerendagcentrum. Zij participeren daarnaast in het dienstrooster van de arts-assistenten als voorwacht op de verloskamers alwaar zij de acute obstetrische en gynaecologische problemen opvangen en behandelen, zo nodig onder supervisie. Dit houdt in dat de PA-KV in het Zuyderland Medisch Centrum onder andere assisteert tijdens spoedoperaties zoals een sectio caesarea en manuele placentaverwijdering en onder (directe) supervisie vacuümextracties verricht. De PA-KV is het eerste aanspreekpunt voor vragen en overleg vanuit de dienstdoende klinisch verloskundigen (zonder PA-opleiding) op de verloskamers. Daarnaast zijn de PA-KV binnen het ziekenhuis actief bezig met het borgen van de kwaliteit van zorg (onder andere het up-to-date houden van protocollen en voorbereiden van de perinatale audit), dragen actief bij aan wetenschappelijk onderzoek, geven onderwijs en participeren actief bij de organisatie van specifieke themapoli's binnen de obstetrie. De gynaecoloog in het Zuyderland Medisch Centrum is gezien het volume van de obstetrische zorg 24 uur in huis aanwezig. Momenteel wordt 3,34 fulltime-equivalent (fte) van de ANIOS-formatie ingevuld door PA-KV's en zorgt hun inzet voor meer stabiliteit in het dienstrooster, in tegenstelling tot de vaak kortdurende ANIOS-contracten.

Discussie

Onderzoek door het Radboudumc gepubliceerd in 2016 laat zien dat door de inzet van PA's en verpleegkundig specialisten (VS's) zorgverlening doelmatiger wordt georganiseerd, wachttijden afnemen en dat patiënten zich meer gehoord voelen.¹¹ De inzet van de PA's en VS's draagt bij aan toegankelijkheid van zorg, kwaliteit en kostenreductie. De wettelijke kaders voor de PA's borgen de juridische positie van de verloskundige die zich buiten haar eigen bevoegdheidskader begeeft binnen de klinische geboortezorg.

Een mogelijk nadeel van het inzetten van PA-KV's op de werkvloer kan zijn dat er minder werkgelegenheid ontstaat voor de ANIOS. Het zal voor ANIOS moeilijker worden om (poli)klinische werkervaring op te doen en te ervaren of dit daadwerkelijk de richting is in welke zij zich willen gaan specialiseren. Daarnaast heeft de PA-KV gedurende de opleiding

2,5 jaar actieve begeleiding nodig van medisch specialisten en arts-assistenten. Deze tijdsinvestering betaalt zich na de opleiding terug door continuïteit en kwaliteit van zorg binnen de afdeling.

Conclusie

In de ziekenhuizen die zowel met klinisch verloskundigen als met PA-KV's werken lijkt er langzamerhand een taakherschikking plaats te vinden na het afronden van de masteropleiding PA-KV. De PA-KV's werkzaam in het Zuyderland Medisch Centrum hebben hun meerwaarde in hun nieuwe rol en functie absoluut aangetoond. Wie PA-KV's inzet, kiest dan ook voor continuïteit en waarborging van de kwaliteit van zorg!

Referenties

- Perined (2018) geraadpleegd op 15-04-2020 op: <https://www.perined.nl/gegevensgebruik/publicaties/jaarboeken>
- NIVEL (2016) <https://www.nivel.nl/sites/default/files/cijfers-uit-de-registratie-van-verloskundigen-peiling-jan-2016.pdf>
- Cronie D, Rijnders M, Buitendijk S. *Diversity in the scope and practise of hospital-based midwives in the Netherlands*. Journal of midwifery & women's health. 2012; 57: 469-475.
- Hassel, D & van Wiegers, T. (2014). *Aandeel verloskundigen met een klinische vervolgopleiding neemt toe: een analyse gebaseerd op de NIVEL-registratie van verloskundigen*. Tijdschrift voor Verloskundigen, 39(6), 31-33.
- Broere, L. & Zonneveld, R. (2015). *Klinisch verloskundigen terug in de schoolbanken. De noodzaak voor het volgen van een vervolgopleiding voor klinisch werkende verloskundigen*. Tijdschrift voor Verloskundigen, 40(2), 34-38.
- Hogeschool Rotterdam (2020) Jaarlijkse opleidingscijfers Masteropleiding Physician Assistant Klinisch Verloskundige.
- Cellissen, E., Engeltjes, B., Rijke, R.P.C., Steegers, E.A.P. & Scheele, F. (2018). *De physician assistant klinisch verloskundige in Nederland*. NTOG. 2018(4): 204-208.
- CIBG Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en sport (2018) geraadpleegd op 20-04-2020 op: <https://www.bigregister.nl/actueel/nieuws/2018/05/09/physician-assistants>
- De PA klinisch verloskundige valt volledig onder PA-wetgeving, NAPA Magazine, mei 2019 geraadpleegd op 16 oktober 2020 <https://www.napa.nl/over-napa/magazine/goed-om-te-weten-mei-2019/>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2017). Brief NAPA betreffende wettelijke erkenning PA-klinisch verloskundige.
- Kamerstukken II 2008/09, 29 323, nr. 52. <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-29323-52.pdf>
- Handelingen II 2008/09, 29 323, item 19. <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/h-tk-20082009-1372-1372-1>
- Kamerstukken II 2008/09, 29 323, nr. 57. Afschrift brief minister VWS aan College voor de Beroepen en Opleidingen in de gezondheidszorg (CBOG), nr. 1090014. <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-29323-57-b1>
- Federatie Medisch Specialisten (2013) geraadpleegd op 20-04-2020 op: <https://medischevervolgopleidingen.nl/opleidingsakkoord>
- Federatie Medisch Specialisten (2017) geraadpleegd op 20-04-2020 op: <https://medischevervolgopleidingen.nl/tokio-traject-en-model>
- Adviesgroep procesverbetering en innovatie van het RadboudUMC (2016). Taakherschikking en kostprijzen in de praktijk.

Contact

R.E. Paters, r.paters@zuyderland.nl

Verklaring belangenverstrengeling

De auteurs verklaren dat er geen sprake is van (financiële) belangenverstrengeling.

Mirtazapine bij therapieresistente hyperemesis gravidarum

drs. M.J.E. van den Akker *anios gynaecologie en verloskunde*

dr. F.M. van Dunné *gynaecoloog-perinatoloog*

drs. E. Baptist *psychiater*

Allen Haags Medisch Centrum, Den Haag

Patiënten met ernstige hyperemesis gravidarum (HG) kunnen naast ondersteunende therapie gebaat zijn bij een uitgebreid behandelplan, waarbij er plek kan zijn voor het antidepressivum mirtazapine. Mirtazapine is geen vaststaand onderdeel van de behandeling van ernstige HG: er bestaat (nog) geen wetenschappelijke evidence voor. Ernstige HG geeft naast lichamelijke ook psychische ziekte en stress waarbij mirtazapine, met de anti-emetische bijwerking, een goede behandeloptie kan zijn.

Ziektegeschiedenis

Een patiënte kwam voor preconceptioneel consult in verband met een kinderwens, echter met grote angst voor herhaling van ernstige HG, waarvoor zij eerder afbrekingen van gewenste zwangerschappen had ondergaan. Voor deze ernstige HG was behandeling geweest met verschillende anti-emetica, opnames voor rehydratie, consulten diëtietiek, psychologie en bij de laatste zwangerschap de psychiatrie vanwege depressiviteitsklachten ten gevolge van persistente misselijkheid. Bij deze laatste zwangerschap werd vanwege de depressie bij 14 weken zwangerschap gestart met mirtazapine, in verband met de tevens anti-emetische werking. De misselijkheidsklachten namen wel af, maar de depressie was dermate ernstig dat patiënte bij 18 weken de zwangerschap alsnog afbrak. Hierna was de misselijkheid direct verdwenen en verbeterde de stemming, waarna de mirtazapine-behandeling werd gestaakt en de behandeling werd vervolgd door een vrijgevestigd psycholoog. De kinderwens persisteerde en preconceptioneel werd met de gynaecoloog en psychiater een uitgebreid behandelplan gemaakt voor haar begeleiding. De patiënte wenste bij een bewezen zwangerschap te starten met mirtazapine zonder aanwezigheid van depressiviteitsklachten. Enkele maanden na het consult raakte de patiënte zwanger en gebruikte ze tot de bevalling onder andere mirtazapine 15 mg eenmaal daags per os. Er was weer sprake van een forse misselijkheid gedurende haar hele zwangerschap maar met de mirtazapine was het voor de patiënte aanvaardbaar waardoor het lukte de zwangerschap te voldragen. Voornamelijk het eetluststimulerende effect hielp haar goed. Naast de mirtazapine werd zij regelmatig gerehydrateerd in dagbehandelingen en indien nodig nam ze het combinatiepreparaat meclozine/pyridoxine, wat gevoelsmatig weinig effect had voor patiënte. In verband met eerder ervaren bijwerkingen op de gemoedstoestand was metoclopramide geen behandeloptie. Postpartum gingen de misselijkheidsklachten direct in remissie en

werd de mirtazapine-inname gestaakt. Er werd een gezonde neonaat geboren. Recent is met dezelfde benadering een tweede zwangerschap vergelijkbaar verlopen met een goede uitkomst.

Beschouwing

Ernstige HG kan verstrekkende gevolgen hebben voor een patiënte en haar zwangerschap. Bij therapieresistente HG, met en zonder psychiatrische co-morbiditeit, kan mirtazapine een onderdeel zijn van het (multidisciplinair) behandelplan.¹⁻⁵

Symptomen en etiologie

Misselijkheid en braken wordt veelvuldig (tot 80%) gezien in voornamelijk het eerste trimester van de zwangerschap.¹⁻³ Wanneer aanhoudende misselijkheid en braken leidt tot gewichtsverlies, dehydratie en/of elektrolytstoornissen spreken we van hyperemesis gravidarum. HG treedt bij 0,2-2,0% van de zwangerschappen op.¹⁻⁵ In de meeste gevallen zijn de klachten rondom de 16^e week van de zwangerschap verdwenen, maar bij 15-20% blijven de klachten bestaan tot het derde trimester, bij 5% tot de partus.¹ HG is de meest voorkomende reden voor opname in de eerste helft van de zwangerschap en heeft een grote impact op het dagelijks functioneren en de kwaliteit van leven.¹⁻⁵ De etiologie blijft onduidelijk maar het heeft waarschijnlijk een heterogene oorzaak, waarbij HCG-waarden, endocriene functies en *Helicobacter pylori*-infectie een rol kunnen spelen. Verschillende factoren worden geassocieerd met de ontwikkeling van HG, zoals primipariteit, een verhoogd serum HCG, BMI en genetische factoren.^{1,2,5} Het eerder doormaken van HG geeft een herhalingsrisico van 15-80%.^{1,5}

Behandeling HG

De behandeling van HG is ondersteunend en bestaat initieel uit counseling over de aandoening, het geven van voedingsadviezen en het voorschrijven van anti-emetica.¹⁻⁵ In Nederland start men als anti-emeticum met het combinatiepreparaat meclozine/pyridoxine. Vervolgens kan metoclopramide of ondansetron worden gestart. Maagzuurremmers kunnen een positief effect hebben.^{2,5} Bij verergering van de klachten is intraveneuze rehydratie nodig met suppletie van elektrolyten en thiamine, bijvoorbeeld middels 2 à 3 keer per week in een dagbehandeling met 2,5 liter NaCl. In uitzonderlijke gevallen is sondevoeding of totaal parenterale voeding nodig.¹⁻⁵

Psyche en HG

HG heeft invloed op de psychische conditie van patiënten. Literatuur over de relatie met psychiatrische symptomen of stoornissen varieert. Zowel het ontstaan van HG bij angst- en depressiviteitsstoornissen wordt beschreven als het ontwikkelen van deze symptomen door HG.¹⁻³ De angst- en depressiviteitsklachten veroorzaakt door HG zijn vaak van voorbijgaande aard wanneer de klachten van HG verminderen of verdwijnen.¹⁻⁴ Ernstige HG maakt dat vrouwen soms afzien van een tweede zwangerschap, overwegen een zwangerschap af te breken of dit al eens hebben gedaan.^{1,4,5} Bijna 20% van de patiënten ontwikkelt een posttraumatische stressstoornis.⁵

Mirtazapine en HG

Mirtazapine is een tetracyclisch antidepressivum met voornamelijk een antihistaminerge (H1) en anti-serotonerge (5-HT₂ en 5-HT₃) werking. Het middel heeft antidepressieve, anxiolytische en eetluststimulerende effecten.^{1,2,4} Verschillende receptoreigenschappen van mirtazapine komen overeen met andere, reeds effectief gebleken, HG-medicatie. Zo is meclozine een H1-antagonist en ondansetron een 5-HT₃-antagonist.^{1,5} Bijwerkingen van mirtazapine zijn sedatie, gewichtstoename, droge mond en obstipatie.¹ Klinische studies hebben aangetoond dat mirtazapine onder andere effectief is ter voorkoming van postoperatieve misselijkheid en ter behandeling van misselijkheid en braken bij kankerpatiënten die chemotherapie ondergaan.^{6,7} Verschillende casestudies laten zien dat mirtazapine een behandeloptie kan zijn bij patiënten met therapieresistente HG.¹⁻⁴ HG-patiënten met of zonder depressiviteitsklachten kregen 7,5-30 mg mirtazapine per dag. Binnen enkele uren tot dagen had dit een gunstig effect op misselijkheid en braken.^{3,4} Gezien de snelle anti-emetische werking valt dit effect niet toe te schrijven aan het herstel van eventuele comorbide depressie-aandoeningen. De antidepressieve werking wordt over het algemeen pas enkele weken na het starten van een antidepressivum gezien.³ Het anti-emetische effect verdween ook direct wanneer de mirtazapine gestaakt werd. Tevens was het effect zichtbaar ongeacht de aanwezigheid van een psychiatrische aandoening.^{1-4,8} Wel is het zo dat een patiënte met een comorbide depressiestoornis baat kan hebben van beide effecten.¹⁻⁴ Patiënten gebruikten de mirtazapine enkele dagen, weken of tot aan de partus waarbij een gezonde neonat werd geboren.¹⁻⁴ Er is nog weinig ervaring met het gebruik van mirtazapine tijdens de zwangerschap. Het bijwerkingencentrum Lareb noemt dan ook een 'mogelijk risico' bij gebruik tijdens de zwangerschap (www.lareb.nl). Enkele studies laten vooralsnog geen verhoogd risico zien op aangeboren afwijkingen.¹⁻⁴ Het *protocol Psychofarmaca, zwangerschap & lactatie* van het Landelijk Kenniscentrum voor Psychiatrie en Zwangerschap (LKPZ) adviseert bij langdurig gebruik tot aan de partus, 24 uur observatie van de neonat en consult door de kinderarts postpartum bij de kans op persisterende pulmonale hypertensie en bij nog onbekende neonatale effecten (voornamelijk slaperigheid, onttrekking, slecht drinken en gewichtsverlies).

Conclusie

Ernstige HG heeft verstrekkende gevolgen voor patiënten, zwangerschappen en kinderwensen. Bij een kinderwens na eerdere ernstige HG wordt, gezien de hoge herhalingskans, preconceptioneel advies met een (multidisciplinair) behandelplan aanbevolen. Mirtazapine lijkt een veelbelovend medicijn te zijn voor therapieresistente HG. Het is van belang aandacht te hebben voor de psychische gesteldheid van de patiënten en hen te counsellen over de voor- en nadelen van het gebruik van mirtazapine bij HG. Een RCT met mirtazapine, ondansetron en placebo is inmiddels gestart. In de loop van 2022 worden de uitkomsten verwacht.⁹

Referenties

1. Abramowitz A, Miller ES, Wisner KL. *Treatment options for hyperemesis gravidarum*. Arch Womens Ment Health. 2017;20:363-372.
2. Spinosa D, Post A, Kuller JA, Dotters-Katz S. *Management considerations for recalcitrant hyperemesis*. Obstet Gynecol Surv. 2020;75:50-60.
3. Uguz F. *Low-dose mirtazapine in treatment of major depression developed following severe nausea and vomiting during pregnancy: two cases*. Gen Hosp Psychiatry. 2014;36:125.e5-6
4. Guclu S, Gol M, Dogan E, Saygili U. *Mirtazapine use in resistant hyperemesis gravidarum: report of three cases and review of literature*. Arch Gynecol Obstet. 2005;272:298-300.
5. Koot MH, Grooten IJ, Gauw NE, Roseboom TJ, Painter RC. *Hyperemesis gravidarum*. Ned Tijdschr Geneesk. 2019;3:163.
6. Chang FL, Ho ST, Sheen MJ. *Efficacy of mirtazapine in preventing intrathecal morphine-induced nausea and vomiting after orthopaedic surgery**. Anaesthesia. 2010;65:1206-11.
7. Kim SW, Shin IS, Kim JM, Kim YC, Kim KS, Kim KM, et al. *Effectiveness of mirtazapine for nausea and insomnia in cancer patients with depression*. Psychiatry Clin Neurosci. 2008;62:75-83
8. Omay O, Einarson A. *Is Mirtazapine an Effective Treatment for Nausea and Vomiting of Pregnancy?: A Case Series*. J Clin Psychopharmacol. 2017;37:260-261.
9. Ostenfeld A, Petersen TS, Futtrup TB, et al. *Validating the effect of Ondansetron and Mirtazapine In Treating hyperemesis gravidarum (VOMIT): protocol for a randomised placebo-controlled trial*. BMJ Open. 2020;10:e034712.

Samenvatting

Hyperemesis gravidarum (HG) is een aandoening die bij 0,2-2% van alle zwangerschappen voorkomt. Ernstige HG heeft verstrekkende gevolgen voor de patiënte en haar zwangerschap. HG wordt behandeld met zowel symptomatische als ondersteunende therapie (anti-emetica en intraveneuze rehydratie). Een causale behandeling is echter niet voorhanden. In een multidisciplinair behandelplan zou mirtazapine onderdeel kunnen zijn van de behandeling van ernstige HG. Wij beschrijven de casus van een patiënte die eerder door ernstige HG gewenste zwangerschappen heeft afgebroken. Er werd preconceptioneel een multidisciplinair behandelplan opgezet. Mirtazapine was hierin een belangrijke schakel voor zowel haar psychische gesteldheid bij haar HG-klachten als de anti-emetische werking. Tot de partus heeft zij mirtazapine gebruikt. Door zowel de antidepressieve, anxiolytische en anti-emetische werking is mirtazapine een behandeloptie bij ernstige HG. De literatuur is nog gelimiteerd; een RCT is inmiddels gestart. Overweeg mirtazapine bij therapieresistente HG.

Trefwoorden

Hyperemesis gravidarum, mirtazapine, anti-emetica

Summary

Hyperemesis gravidarum (HG) is seen in 0,2-2% of all pregnancies. Severe HG has far-reaching consequences for a patient and her pregnancy. HG is treated both symptomatically and with supportive therapy (antiemetics and intravenous rehydration) but causal treatment is not available. Aside from a multidisciplinary treatment plan, mirtazapine could play a role in the treatment of severe HG. We present a case study of a patient who previously terminated much wanted pregnancies due to severe HG. A multidisciplinary treatment plan was made preconceptionally. Mirtazapine played an important role in her treatment, she used mirtazapine until delivery. Due to anti-depressive, anxiolytic and anti-emetic characteristics mirtazapine seems to be a promising treatment for patients with severe HG. Evidence is limited, recently a RCT has commenced. Mirtazapine may be considered for patients with therapy resistant HG.

Keywords

Hyperemesis gravidarum, mirtazapine, anti-emetics

Contact

M.J.E. van den Akker, m.akker@haaglandenmc.nl

Verklaring belangenverstrengeling

De auteurs verklaren dat er geen sprake is van (financiële) belangenverstrengeling.

Toestemming van patiënte voor publicatie

Patiënte heeft toestemming gegeven voor publicatie van de casus en de tekst akkoord bevonden.

Het cannabinoïd hyperemesissyndroom

Een hete douche tegen het braken

drs. M.W.M. Boere *anios Haga Ziekenhuis, thans Curaçao Medical Center, Willemstad Curaçao*

drs. Y. Stroeken *semi-arts Haga Ziekenhuis, thans anios gynaecologie HMC Westeinde, Den Haag*

dr. Q.D. Pieterse *gynaecoloog Haga Ziekenhuis, Den Haag*

Deze casus beschrijft een in de zwangerschap zeldzaam syndroom dat klinisch sterke overeenkomsten heeft met hyperemesis gravidarum. Het lezen van dit artikel zal hopelijk leiden tot eerdere herkenning en behandeling.

Casus

Een 26-jarige patiënte komt op de spoedeisende hulp (SEH) met klachten van misselijkheid, braken en pijn boven in haar buik met uitstraling naar de linkerschouder. De klachten bestaan drie weken. Daarnaast heeft ze weinig eetlust en is ze duizelig. Patiënte vertelt dat zij al tien jaar dagelijks drie tot vier cannabisjoints rookt. Dit helpt ook tegen de misselijkheid. Zij geeft aan dat haar partner eerder vergelijkbare klachten heeft gehad, die vanzelf verdwenen waren. Patiënte gebruikt continue orale anticonceptie. Haar laatste menstruatie was drie maanden geleden. Voor de misselijkheid heeft patiënte via de huisarts Domperidon gekregen. Daarnaast is zij gestart met een kuur Augmentin bij een verdenking op een urineweginfectie.

Op de SEH wordt volgens routine een zwangerschapstest gedaan, deze blijkt onverwacht positief. Er wordt een termijnecho gemaakt waarbij een vitale intra-uteriene eenlinggraviditeit wordt gezien conform 12 weken en 5 dagen zwangerschapsduur.

Er wordt een volledig bloedbeeld afgenomen waarin normale elektrolyten, schildklierfunctie, glucose en magnesium worden gezien. Het CRP en leukocytenaantal zijn minimaal verhoogd, respectievelijk 13mg/L en $16,1 \times 10^9/L$ en het Hb is 6,9 mmol/L. In de urine worden 4+ ketonen gezien.

Patiënte wordt opgenomen op de afdeling Verloskunde met de werkdiagnose hyperemesis gravidarum. Ter rehydratie krijgt patiënte een glucoseNaCl-infuus. Gestart wordt met anti-emetica (primperan en emesafene), die gedurende opname matig effectief blijken. Patiënte wordt opvallend vaak onder een gloeiendhete douche gevonden door de verpleging. Zij geeft aan dat dit haar verlichting van de misselijkheid geeft en dat zij het liefst onder de douche zou willen slapen. Door het sterke verlangen naar heet douchen en het falen van de anti-emetische therapie wordt de werkdiagnose Cannabinoïd hyperemesissyndroom (CHS) gesteld. Tijdens opname onthoudt patiënte zich van cannabisgebruik en knapt zij snel op. Patiënte staat open voor begeleiding bij het onthouden van de cannabis en zij verlaat vier dagen later in goede klinische conditie het ziekenhuis.

Achtergrond

Het CHS is een goed gedefinieerd, maar weinig gepubliceerd syndroom. De in de literatuur beschreven Casuïstiek vonden voornamelijk plaats op de afdeling Psychiatrie of Interne Geneeskunde. CHS werd voor het eerst beschreven in 2004 door Allen *et al.*¹ Het syndroom wordt gekarakteriseerd door een trias van misselijkheid en cyclisch braken, chronisch cannabisgebruik en verlichting van klachten door heet douchen zoals in tabel 1 weergegeven is.

Cannabisgebruik wordt in Nederland gedoogd en is de meest gebruikte drug. Uit een onderzoek van het Trimbosinstituut bleek dat 6,7% van de populatie ouder dan 18, het afgelopen jaar cannabis heeft gebruikt. Ongeveer 20% van de volwassen populatie gaf aan dit minimaal een keer in zijn/haar leven te hebben gebruikt. Hoewel cannabisgebruik in veel landen illegaal is, is het de meest gebruikte drug wereldwijd.⁴ Uit de 'monitor middelengebruik en zwangerschap' van het Trimbosinstituut bleek dat in 2018 0,5% van de vrouwen wiet heeft gebruikt tijdens de zwangerschap. Dit aantal is meer dan verdubbeld ten opzichte van cijfers uit 2016. Verder is het waarschijnlijk dat bepaalde risicogroepen vanwege het midden van zorg, zoals vrouwen met verslaving, niet meegenomen zijn in de monitor en er daarom sprake kan zijn van onderrapportage.⁵

De incidentie van hyperemesis gravidarum bij een eenlingzwangerschap is 0,5%-3%.^{6,7} Incidentie- en prevalentiecijfers van CHS zijn schaars. Uit een studie uitgevoerd op een SEH in de Verenigde Staten bleek 32,9% van de personen met chronisch cannabisgebruik (vaker dan 20 dagen/maand) te voldoen aan de criteria van CHS.⁸ Het werkelijke percentage patiënten met CHS onder cannabisgebruikers zal echter hoger liggen. Er is waarschijnlijk sprake van *bias* aangezien alleen de CHS-patiënten met ernstige klachten een SEH zullen bezoeken. Een andere studie uit de VS laat wel zien dat CHS een groeiend probleem is. Het aantal SEH bezoeken bij patiënten met braken en chronisch cannabisgebruik steeg tussen 2006 en 2013 van 2,3 naar 13,3 per 100.000. Volgens deze studie wordt de stijging verklaard door de legalisatie van cannabis in verschillende staten van de VS. Het is echter ook mogelijk dat patiënten door legalisatie sneller een SEH zullen bezoeken, maar hierover zijn geen onderzoeken gepubliceerd. Incidentie- en prevalentiecijfers uit Nederland en cijfers van CHS in de zwangerschap zijn niet bekend.⁹

Cannabisgebruik tijdens de zwangerschap lijkt geen verhoogd risico te geven op miskramen. Wel zijn er associaties

met vroeggeboorte, lager geboortegewicht en tragere neurologische ontwikkeling gevonden. Er zijn echter ook onderzoeken gepubliceerd waarin er geen verband wordt gevonden. Aangezien chronisch cannabisgebruik vaak gepaard gaat met tabak roken of gebruik van andere genotsmiddelen, kunnen deze factoren als mogelijke confounders de resultaten beïnvloeden.¹⁰

Tevens bestaat er een associatie tussen matернаal cannabisgebruik tijdens de zwangerschap en effecten op het gedrag van het kind op de lange termijn. In een Nederlandse studie met 5903 personen werd het effect van matернаal cannabisgebruik op het internaliserend (emoties) en externaliserend (agressie) gedrag van het kind op 7- tot 10-jarige leeftijd onderzocht. Uit deze studie bleek dat er een significant verband bestaat tussen matернаal cannabisgebruik tijdens de zwangerschap en externaliserende gedragsproblemen. Er werd geen significant verschil gezien in het internaliserend gedrag bij het kind.

Hoewel we in dit artikel vooral kijken naar de maternale factoren is het goed om te noemen dat dezelfde resultaten werden gezien bij paternaal cannabisgebruik.¹¹

Cannabis staat bekend om zijn anti-emetische werking bij onder andere patiënten die chemotherapie ondergaan. Het is dan ook tegenstrijdig dat chronisch cannabisgebruik tot dit syndroom leidt waarbij cyclisch braken één van de symptomen is. De pathofysiologie van het syndroom is grotendeels onbekend. Er zijn verschillende theorieën waarbij wordt gedacht dat het ten grondslag ligt aan een interactie tussen het cannabinoïd mechanisme en farmacodynamische effect van de CB1-receptor.² Het paradoxale effect bij chronisch gebruik van cannabis zou door downregulatie, desensitisatie of internalisatie van de CB1-receptoren kunnen komen. Deze CB1-receptoren bevinden zich zowel in het centrale zenuwstelsel (CZS) als gastro-intestinaal. Activatie van deze receptoren in de darm zorgt voor verminderde peristaltiek en daarnaast een vertraagde maaglediging. De hypothese is dat er bij overstimulatie van de CB1-receptoren in de maag en darmen sprake is van een *overruling* mechanisme waarbij de anti-emetische effecten in het CZS worden geremd.³ Daarnaast kunnen cannabinoïd metabolieten zich stapelen in perifeer vetweefsel door hun lange halfwaardetijd en lipofiele eigenschappen. Een andere beschreven theorie is dat het metaboliseren van deze opgeslagen cannabinoïden het pro-emetische effect zou kunnen opwekken. Door genetische verschillen in het cytochroom p-450-systeem kan er stapeling van de cannabinoïd metabolieten ontstaan. Dit zou verklaren waarom niet alle chronisch gebruikers lijden aan het CHS.¹²

Behandeling met anti-emetica heeft geen effect bij het cannabinoïd hyperemesissyndroom. In een aantal kleine studies is het effect van haloperidol en olanzapine onderzocht. Haloperidol werkt net als metoclopramide op dopaminereceptoren in de medulla: een onderdeel van het braakcentrum. Het verschil met dit anti-emeticum is echter het sederende effect van haloperidol. Daarnaast werkt het ook op de CB1-receptoren en is het een antipsychoticum. Er zijn wisselende resultaten over het gebruik van haloperidol en olanzapine als anti-emeticum gemeld.¹² Ter verlichting van de symptomen

kan capsaiëcinecrème worden voorgeschreven. Capsaiëcine grijpt aan op de TRPV-1-receptor in perifere weefsels, die een interactie heeft met het endocannabinoïd systeem. Dit is tevens de receptor die wordt gestimuleerd door het spoelen met heet water (>41°C) waardoor de symptomen verminderen. *Evidence* hiervoor blijft laag, met een beperkt aantal beschreven case-series.¹³

Onthouding van cannabis resulteert in spontane remissie van de klachten en is daarmee de beste therapie. De groep patiënten die dagelijks cannabis gebruiken is een kwetsbare groep, zeker gedurende de zwangerschap. Het is dan ook belangrijk om oog te hebben voor de verslaving en de sociale problematiek. Hiervoor is het veelal noodzakelijk om psychische en maatschappelijke hulp aan te bieden. Daarnaast is *supportive care* middels rehydratie gewenst.

Tabel 1. Trias cannabinoïd hyperemesissyndroom

Trias bij CHS
Chronisch cannabisgebruik
Misselijkheid en cyclisch braken
Verlichting van klachten door spoelen met heet water

Discussie

Misselijkheid en braken bij zwangere patiënten heeft een bredere differentiaaldiagnose dan de in veel gevallen waarschijnlijkheidsdiagnose 'hyperemesis gravidarum'. Hoewel minder vaak voorkomend, is het van belang om een goede differentiaaldiagnose op te stellen en ook andere oorzaken van misselijkheid en braken in de zwangerschap, zoals CHS, te herkennen en uit te sluiten.

Zoals eerder in dit artikel beschreven bleek in 2018 0,5% van de vrouwen wiet te hebben gebruikt tijdens de zwangerschap. Dit cijfer is mogelijk een onderschatting van het werkelijke aantal vrouwen omdat middelengebruik, vooral drugs, in de zwangerschap regelmatig wordt verzwegen en dus niet wordt gerapporteerd.¹⁵ Het is belangrijk om tijdens de intake een volledige anamnese af te nemen. Hierbij moet ook aandacht worden besteed aan middelengebruik en -misbruik. Zo kan in een vroeg stadium van de zwangerschap de juiste hulp worden geboden en kunnen schadelijke effecten voor moeder en kind voorkomen worden.

Bij zwangere patiënten die zich presenteren met 'cyclisch' braken en buikpijn wordt uitgebreide diagnostiek verricht, waarbij er in het algemeen geen afwijkingen worden gevonden. Hoewel weinig voorkomend, is het van belang het cannabinoïd hyperemesissyndroom als oorzaak te herkennen, zodat diagnostiek gericht kan worden ingezet. Bij een vermoeden van cannabisgebruik moet daarnaast overwogen worden om laagdrempelig een urine-drugsscreening in te zetten. Dit is een kosteneffectief diagnosticum om CHS uit te sluiten of meer waarschijnlijk te maken. Daarnaast komt een combinatie van middelengebruik, zoals cannabis en cocaïne, vaak voor en kan dit op deze manier aan het licht komen.⁵ Hierbij moet in acht worden genomen dat het bespreken van de uitslag een gevoelig onderwerp is. Belangrijk is om neutraal te zijn, de neonatale en maternale uitkomsten te

bespreken en hulp aan te bieden.¹⁵

De enige effectieve behandeling van het cannabinoïd hyperemesissyndroom is onthouding van cannabis. Hierna zal spontane remissie van de klachten optreden. Enkele antipsychotica en capsacine zijn beschreven als mogelijke medicamenten ter symptoomverlichting. Maar door mogelijke teratogene effecten wordt behandeling met deze medicamenten afgeraden. Het risico van capsacine is onbekend. Voor haloperidol en olanzapine wordt beschreven dat het waarschijnlijk veilig is in het eerste en tweede trimester van de zwangerschap. Gebruik in het derde trimester kan leiden tot extrapiramidale stoornissen bij het pasgeboren kind. Daarnaast kan langdurig gebruik onthoudingsverschijnselen bij het pasgeboren kind veroorzaken.¹⁴

Conclusie

Misselijkheid en braken bij zwangere patiënten kent naast hyperemesis gravidarum ook minder frequent voorkomende oorzaken. Bij patiënten met (een vermoeden op) dagelijks cannabisgebruik is het van belang te denken aan het cannabinoïd hyperemesissyndroom. Door bewustwording en herkenning van het syndroom kan vroegtijdig adequate behandeling worden ingezet waarbij de focus moet liggen op volledige onthouding van cannabisgebruik.

Referenties

1. *Cannabinoid hyperemesis: cyclical hyperemesis in association with chronic cannabis abuse.*, Allen JH, de Moore GM, Heddle R, Twartz JC, Gut. 2004;53(11):1566.
2. Sorensen CJ, DeSanto K, Borgelt L, et al. *Cannabinoid hyperemesis syndrome: diagnosis, pathophysiology, and treatment - a systematic review.* J Med Toxicol. 2017;13(1):71-87.
3. Alaniz VI, Liss J, Metz TD, Stickrath E. *Cannabinoid hyperemesis syndrome: a cause of refractory nausea and vomiting in pregnancy.* Obstet Gynecol. 2015;125(6):1484-6.
4. Scheffers-van Schayk T., den Hollander W., van Belzen E., Mon-schouer K., Tuithof M., *Monitor middelengebruik en zwangerschap:* Utrecht: Trimbo's-instituut;2019 (geraadpleegd op 27-11-2019)
5. *HBSC-Nederland/Leefstijlmonitor*, UU, Trimbo's-instituut en SCP i.s.m. RIVM <https://www.trimbos.nl/kennis/cijfers/cijfers-drugs#sub6985>
6. London V, Grube S, Sherer DM, Abulafia O. *Hyperemesis Gravidarum: A Review of Recent Literature.* pharmacology. 2017;100(3-4):161-171. doi: 10.1159/000477853. Epub 2017 Jun 23. Review. PubMed PMID: 28641304
7. Verberg MF, Gillott DJ, Al-Fardan N, Grudzinskas JG. *Hyperemesis gravidarum, a literature review.* Hum Reprod Update. 2005 Sep-Oct;11(5):527-39. Epub 2005 Jul 8. Review. Erratum in: Hum Reprod Update. 2007 Mar-Apr;13(2):207. PubMed PMID: 16006438.)
8. Habboushe J, Rubin A, Liu H, Hoffman RS. *The Prevalence of Cannabinoid Hyperemesis Syndrome Among Regular Marijuana Smokers in an Urban Public Hospital.* Basic Clin Pharmacol Toxicol. 2018 Jun;122(6):660-662. doi: 10.1111/bcpt.12962. Epub 2018 Feb 23. PubMed PMID: 29327809.
9. Madireddy S, Patel RS, Ravat V, Ajibawo T, Lal A, Patel J, Patel R, Goyal H. *Burden of Comorbidities in Hospitalizations for Cannabis Use-associated Intractable Vomiting during Post-legalization Period.* Cureus. 2019 Aug 27;11(8):e5502. doi: 10.7759/cureus.5502. PubMed PMID: 31511820; PubMed Central PMCID: PMC6716962.
10. Foeller ME, Lyell DJ. *Marijuana Use in Pregnancy: Concerns in an Evolving Era.* J Midwifery Womens Health. 2017;62(3):363-367.
11. El Marroun H, Bolhuis K, Franken IHA, Jaddoe VVW, Hillegers MH, Lahey BB, Tiemeier H. *Preconception and prenatal cannabis use and the risk of behavioural and emotional problems in the offspring; a multi-informant prospective longitudinal study.* Int J Epidemiol. 2019 Feb 1;48(1):287-296. doi: 10.1093/ije/dyy186. PubMed PMID: 30239742.
12. Richards JR. *Cannabinoid Hyperemesis Syndrome: Pathophysiology and Treatment in the Emergency Department.* J Emerg Med. 2018;54(3):354-363.
13. Lapoint J, Meyer S, Yu CK, Koenig KL, Lev R, Thihalolipavan S, Staats K, Kahn CA. *Cannabinoid Hyperemesis Syndrome: Public Health Implications and a Novel Model Treatment Guideline.* West J Emerg Med. 2018 Mar;19(2):380-386. doi: 10.5811/westjem.2017.11.36368. Epub 2017 Nov 8. PubMed PMID: 29560069; PubMed Central PMCID: PMC5851514.
14. [https://www.lareb.nl/tis-knowledge-screen?id=37&page=1&searchArray=olanzapine&pregnancy=true&breastfeeding=true&name=Atypische antipsychotica tijdens de zwangerschap \(geraadpleegd op 01-11-2019\)](https://www.lareb.nl/tis-knowledge-screen?id=37&page=1&searchArray=olanzapine&pregnancy=true&breastfeeding=true&name=Atypische antipsychotica tijdens de zwangerschap (geraadpleegd op 01-11-2019))
15. [https://www.uptodate.com/contents/substance-use-by-pregnant-women?search=drug%20screen%20pregnancy&source=search_result&selectedTitle=1-150&usage_type=default&display_rank=1#H3\(geraadpleegd op 27-11-2019\)](https://www.uptodate.com/contents/substance-use-by-pregnant-women?search=drug%20screen%20pregnancy&source=search_result&selectedTitle=1-150&usage_type=default&display_rank=1#H3(geraadpleegd op 27-11-2019))

Samenvatting

Het cannabinoïd hyperemesissyndroom (CHS) wordt gekenmerkt door een trias van chronisch cannabisgebruik, misselijkheid met cyclisch braken en symptoomverlichting door douchen met heet water. CHS is een weinig voorkomend syndroom in de zwangerschap en heeft klinisch sterke overeenkomsten met hyperemesis gravidarum. Behandeling met anti-emetica heeft geen effect bij CHS. De beste behandeling is strikte onthouding van cannabis, wat zal resulteren in spontane remissie van de klachten. Door bewustwording en herkenning van het syndroom kan vroegtijdig adequate behandeling en maatschappelijke ondersteuning worden ingezet bij deze kwetsbare groep zwangeren.

Trefwoorden

Cannabinoïd hyperemesissyndroom, chronisch cannabisgebruik, hyperemesis gravidarum, cyclisch braken

Summary

Cannabinoid hyperemesis syndrome (CHS) is characterized by a trias of chronic cannabis use, nausea with cyclic vomiting and compulsive hot bathing with symptom relief. The syndrome is rare during pregnancy and has many similarities with hyperemesis gravidarum. Treatment with anti-emetics has no effect in CHS. Most important treatment is abstinence from cannabis. This will result in spontaneous relief of symptoms. Awareness and early diagnosis will result in adequate treatment and support for a vulnerable group of women.

Keywords

Cannabinoid hyperemesis syndrome, chronic cannabis use, hyperemesis gravidarum, cyclic vomiting

Contact

dr. Q.D. Pieterse, q.pieterse@hagaziekenhuis.nl

Belangenverstrengeling

De auteurs verklaren dat er geen sprake is van (financiële) belangenverstrengeling.

Eén dag post sectio naar huis, wat houdt ons tegen?

A.B. Collignon-Leenders klinisch verloskundige en physician assistant klinisch verloskundige i.o.

H. Munten-van Dijk klinisch verloskundige en physician assistant klinisch verloskundige i.o.

Beiden Radboudumc, Nijmegen

In Nederland is 15% van de jaarlijkse partus een sectio caesarea. De opnameduur in het ziekenhuis van de kraamvrouw na een sectio caesarea is gemiddeld 48 tot 96 uur. In het kader van de juiste zorg op de juiste plek is het de vraag of een kraamvrouw na een primaire ongecompliceerde sectio caesarea zo lang opgenomen moet blijven. We beschrijven hoe na een ongestoorde primaire sectio caesarea de kraamvrouw binnen 24 uur veilig kan worden ontslagen als aan bepaalde voorwaarden wordt voldaan.

Inleiding

Wereldwijd is sprake van een toename van het aantal uitgevoerde sectio caesarea. Dit geldt ook voor Nederland waar het percentage steeg van 7,4% in 1990 naar 15,1% in 2007. De laatste jaren lijkt het percentage zich te stabiliseren (14,8% in 2018).^{1,2} In Nederland verblijven kraamvrouwen na een sectio caesarea gemiddeld twee tot drie dagen in het ziekenhuis.³ De NICE-guideline geeft aan dat het gemiddeld aantal dagen van opname drie tot vier dagen is.⁴ In de praktijk vraagt de kraamvrouw regelmatig om eerder ontslag. Uit een enquête onder verschillende kraamafdelingen in Nederland blijkt ontslag op dag één post sectio steeds vaker voor te komen. Deze trend is anno 2020 waar *patient-centered care* steeds belangrijker wordt niet verbazingwekkend. In het kader van de juiste zorg op de juiste plek is het de vraag of drie dagen opname voor iedere kraamvrouw na een primaire sectio caesarea noodzakelijk is.

In Nederland hebben we een uniek systeem in de postnatale periode met kraamzorg aan huis in de eerste week na de partus. De kraamverzorgende biedt in de thuissituatie bij een kraamvrouw na ontslag tot de tiende dag post sectio hulp, met een gemiddelde van zes tot acht uur per dag.⁵ Daarbij begeleidt de kraamverzorgende de kraamvrouw één op één en zorgt voor dagelijks medische controles. De kraamvrouw krijgt hulp bij de borstvoeding en verzorging van zichzelf en de neonaat. Kleine huishoudelijke taken worden verricht en er is aandacht voor het emotioneel welbevinden van de kraamvrouw. Naast de hulp van de kraamverzorgende is er de verloskundige uit de eerste lijn die de primaire zorg van de kraamvrouw na ontslag uit het ziekenhuis overneemt. Tevens is de verloskundige het eerste aanspreekpunt bij problemen en deze zal twee à drie keer een bezoek brengen aan de kraamvrouw in de eerste week na de sectio.

Kans op complicaties

Een kraamvrouw heeft na een sectio caesarea meer kans op complicaties in vergelijking met een kraamvrouw na een ongecompliceerde vaginale partus. De belangrijkste en meest voorkomende complicatie is een infectie.⁶ In de literatuur wordt beschreven dat indien een infectie ontstaat na de sectio caesarea dit in 87% van de gevallen binnen twee weken is.^{7,8} De incidentie van infectie is hoger bij een secundaire sectio caesarea dan bij een primaire sectio.⁸ In tegenstelling tot de wereldwijde toename van het aantal sectio caesarea is er een daling te zien van het infectiepercentage na de sectio caesarea (7,4% in 1988 versus 1,5% in 2013).^{1,9} In de literatuur worden de volgende factoren beschreven die invloed hebben op deze daling: 1) verbeterde antibioticaprofylaxe, 2) het ontstaan van antiseptische protocollen, 3) verbeterde besluitvorming en 4) verbeterde antenatale zorg over de jaren heen.⁹

Verschillende studies hebben aangetoond dat, indien een actief herstelprogramma wordt aangeboden, dit het herstel post sectio van vrouwen met een primaire sectio caesarea bevordert en de duur van de opname vermindert. Wrench et al. (2015) hebben een programma ter bevordering van het herstel voor kraamvrouwen ingevoerd na een primaire sectio caesarea in een derdelijnsziekenhuis in Engeland.¹⁰ Dit programma was gebaseerd op het ERAS (Enhanced Recovery After Surgery)-protocol dat in 1990 door professor Henrik Kehlet werd geïnitieerd.¹¹ Het doel van het programma was om het herstel voor de kraamvrouwen te bevorderen en daardoor het ontslag te kunnen vervroegen. Het herstelprogramma hield in: het aanbieden van duidelijke informatievoorziening preoperatief, het aanpassen van het voedingsbeleid vóór en na de sectio caesarea, het direct verwijderen van de katheter post sectio en adequate pijnstilling voor snellere mobilisatie. Dit herstelprogramma werd toegepast bij 760 primaire sectio's. Het ontslag op dag één na de primaire sectio caesarea van de kraamvrouwen steeg van 1,6% naar 25%. Er werden niet meer heropnamen van kraamvrouwen met ontslag binnen 24 uur gezien ten opzichte van kraamvrouwen die op de tweede dag na sectio caesarea naar huis gingen.^{10,11}

ERAS-protocol

Wilson et al. (2018) hebben in drie reviews het ERAS-protocol voor zwangeren beschreven die een primaire sectio caesarea ondergingen in drie verschillende fasen: antenataal, nataal en postnataal.^{12,13,14} Deze reviews hebben gebruik gemaakt van de aanbevelingen met de hoogste evidence van het bestaande ERAS-protocol waaruit zij nieuwe aanbevelingen hebben beschreven. De belangrijkste aanbevelingen waren antenatale informatievoorziening, maagzuurremmers als premedicatie en het aanmoedigen van zwangeren om tot twee uur vóór de operatie heldere drankjes te nuttigen. Het drinken van koolhydraatrijke voeding werd niet aanbevolen vanwege de geringe evidence. Nataal werd onder andere antibioticaprofylaxe, regionale anesthesie en preventie van hypothermie aanbevolen. Postnataal werd het gebruik van anti-emetica en het voorkomen van hypotensie aanbevolen. Als pijnstilling werden opioïden in combinatie met paracetamol en NSAID's geadviseerd. Daarnaast werd het aanmoedigen om twee uur na de sectio caesarea te starten met eten, het verwijderen van de katheter direct post sectio aanbevolen. Het eten van kauwgom ter bevordering van de darmwerking werd niet aanbevolen als ook het niet standaard toedienen van heparine.

Voorwaarden voor eerder ontslag

Een retrospectief cohortonderzoek door Ergen et al. (2017) in een derdelijnsziekenhuis in Turkije liet zien dat kraamvrouwen die na een sectio caesarea binnen 48 uur met ontslag zouden mogen gaan aan een aantal voorwaarden moesten voldoen om het risico op complicaties zo laag mogelijk te houden.¹⁵ Voorwaarden waren onder andere een zwangerschap tussen de 37 en 42 weken, een ongecompliceerde zwangerschap, BMI onder de 27, geen tekenen van hypertensie, verdenking pre-eclampsie, diabetes of andere comorbiditeit, een te verwachte gezonde neonat, te verwachte gemiddeld gewicht van de neonat en die daarbij een ongecompliceerde primaire sectio caesarea ondergingen. Dit onderzoek liet zien dat indien aan deze voorwaarden werd voldaan er geen hogere kans op heropname gezien werden door infectie of andere complicaties.

Bowden et al. (2019) keken naar de maternale tevredenheid en klinische outcome bij eerder ontslag na een primaire sectio caesarea.¹⁶ Deze studie werd opgezet nadat zij eerder een pilot hadden uitgevoerd waarbij veel vrouwen als feedback gaven dat ze het liefste op dag één post sectio caesarea met ontslag hadden willen gaan. Het betrof vrouwen die binnen 24 uur met ontslag gingen na een ongecompliceerde sectio caesarea en binnen de laagrisicopopulatie vielen. Er werd een "herstelprogramma" gebruikt met onder andere snelle vochtintake na de operatie, binnen 6 uur verwijdering van het infuus en katheter en mobilisatie binnen 12 uur. In de laagrisicopopulatie van deze studie ging het om zwangeren die minder dan drie sectios caesarea hadden ondergaan, een BMI hadden van maximaal 35, geen diabetes of hypertensie vertoonden en geen myomen of op dat moment een placenta praevia hadden. De algemene tevredenheid beschreven op een 5-punts likertschaal van kraamvrouwen met ontslag op dag één lag op 4 of 5 en op dag vier op 4. Er

De juiste randvoorwaarden voor ontslag

- Vrouwen >18 jaar
- Tussen de 37 en 41+6 weken zwangerschap
- Ongecompliceerde zwangerschap
- Te verwachten gezonde neonat
- Eenling zwangerschap
- Percentiel foetaal geschat gewicht >P10 en <P90
- BMI >19 en <30

werd geen verhoging van de maternale morbiditeit gezien en geen verschil in borstvoeding. Er werden niet meer vrouwen heropgenomen. Naast een goede patiënttevredenheid werd een forse kostenbesparing gerealiseerd.

In 2020 verschenen in de *Midwifery* twee kwalitatieve onderzoeken over het ontslag op de dag na de sectio caesarea.^{17,18} Hieruit bleek dat kraamvrouwen zeer tevreden waren om op dag één, dag na de primaire sectio caesarea, naar huis te gaan. Belangrijk was dat er voldoende zorg thuis aanwezig was en de pijnstilling goed geregeld werd.

Discussie en conclusie

In dit opiniestuk hebben we aan de hand van de literatuur weergegeven dat ontslag binnen 24 uur na een ongecompliceerde primaire sectio caesarea veilig is met de juiste randvoorwaarden en mits de kraamvrouwen zelf graag naar huis willen gaan. Belangrijk blijkt dat er preoperatief goede informatievoorziening plaatsvindt over ontslag binnen 24 uur en er goed gekeken wordt naar de voorwaarden voor ontslag. Het belang van het ERAS-protocol ter bevordering van het herstel van kraamvrouwen zal hierbij mee moeten worden genomen als aanbeveling.

Om in alle Nederlandse klinieken de mogelijkheid voor een ontslag binnen 24 uur te implementeren zal meer onderzoek nodig zijn naar de ervaring van kraamvrouwen. In het Radboudumc is in oktober 2020 een kwalitatief onderzoek gestart om de ervaringen van kraamvrouwen na een primaire sectio caesarea met ontslag binnen 24 uur te analyseren. Om dit onderzoek middels diepte-interviews bij kraamvrouwen te bewerkstelligen is er een start gemaakt met het implementeren van het ERAS-herstelprogramma om het herstel van de kraamvrouwen te bevorderen na een primaire sectio caesarea. Kraamvrouwen die voldoen aan de voorwaarden krijgen de keus om na een primaire sectio binnen 24 uur met ontslag te gaan. Deze groep en de groep die er niet voor kiest om binnen 24 uur naar huis te gaan, zullen bij deelname aan het onderzoek op dag één post sectio geïnterviewd worden en vier weken post sectio opnieuw.

Een dag na post sectio naar huis, wat houdt ons tegen? Indien de wens aanwezig is, er sprake is van een ongecompliceerde zwangerschap met een primaire sectio caesarea en de randvoorwaarden in orde zijn houdt ons niets tegen. De keus is dan aan de kraamvrouw.

Referenties

1. Perined (2018). Op 17 mei 2020 ontleend aan <https://www.perined.nl/gegevensgebruik/publicaties/jaarboeken>.
2. Boerma T, Ronsmans C, Melesse DY, Barros AJD, Barros FC, Juang L, et al. *Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections*. The Lancet 2018; 392: 1341-1348.
3. De Gynaecoloog. Op 17 mei 2020 ontleend aan <https://www.degynaecoloog.nl/onderwerpen/ik-ben-net-bevallen-met-een-keizersnede/>.
4. Nice (2019). Op 17 mei 2020 ontleend aan <https://www.nice.org.uk/guidance/cg132/chapter/1-Guidance#care-of-the-woman-after-cs>.
5. Zorginstituut Nederland (2018). Op 17 mei 2020 ontleend aan <https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/k/kraamzorg-zvw/documenten/publicatie/2008/03/03/landelijk-indicatieprotocol-kraamzorg>.
6. Heineman MJ, Evers JLH, Massuger LFAG, Steegers EAP. *Obstetrie en gynaecologie: de voortplanting van de mens* (7e druk). 2012. Amsterdam: Reed Business.
7. Ketcheson FW, Woolcott C, Allen V, Langley JM. *Risk factors for infection following cesarean delivery: a retrospective cohort study*. CMAJ OPEN. 2017; 546-556.
8. Creedy DK, Noy DL. *Postdischarge Surveillance After Cesarean Section*. BIRTH. 2001 Dec. 28-264-269.
9. Krieger YW, Walfisch A, Sheiner E. *Surgical site infection following cesarean deliveries: trends and risk factors*. The journal of Maternal-Fetal en Neonatal medicine 2016; 30:1: 8-12.
10. Wrench IJ, Allison A, Galimberti A, Radley S, Wilson MJ. *Introduction of enhanced recovery for elective caesarean section enabling next day discharge: a tertiary centre experience*. International journal of obstetric Anesthesia 2015; 24: 124-130.
11. Melnyk RG, Casey MR, Koupparis AJ. *Enhanced recovery after surgery (ERAS) protocols: Time to change practice?* Canadian Urological Association Journal 2011; 5; 342-348.
12. Wilson RD, Caughey AB, Wood SL, Macones GA, Wrench IJ, MB ChB, Huang J, et al. *Guidelines for Antenatal and Preoperative care in Cesarean Delivery: Enhanced Recovery After Surgery Society Recommendations (part 1)*. American Journal of Obstetrics & Gynecology 2018; 523-532.
13. Caughey AB, MD, Wood SL, Macones GA, Wrench IJ, Huang J, Norman M, et al. *Guidelines for intraoperative care in cesarean delivery: Enhanced Recovery After Surgery Society Recommendations (Part 2)*. American Journal of Obstetrics & Gynecology 2018; 533-543.
14. Macones GA, MD; Caughey AB, Wood SL, Wrench IJ, MB, ChB, Huang J, Norman M, et al. *Guidelines for postoperative care in cesarean delivery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society recommendations (part 3)*. American Journal of Obstetrics & Gynecology 2018; 247e1-9.
15. Ergen EB, Ozkaya E, Eser A, Yayla CA, Kilicci C, Yenidede I, et al. *Comparison of readmission rates between groups with early versus late discharge after vaginal or cesarean delivery: retrospective analyzes of 14.460 cases*. The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine 2017; 13-10:1318-1322.
16. Bowden SJ, Dooley W, Hanrahan J, Kanu C, Halder S, Cormack C, et al. *Fast-track pathway for elective caesarean section: a quality improvement initiative to promote day 1 discharge*. BMJ Open Quality 2019; 8:1-9.
17. Cusack L, Digenis C, Schultz T, Klaer B, Hobbs M. *Womens's experiences with enhanced recovery after elective caesarean section with next day discharge: A qualitative study*. Midwifery 2020; 83: 1-6.
18. Knudsen RK, Kruse AR, Lou S. *Parent's experiences of early discharge after e planned caesarean section: A qualitative interpretive study*. Midwifery 2020; 86: 1-8.

Samenvatting

Nederland heeft een gemiddeld sectio caesarea percentage van 15%. Infectie blijkt de meest voorkomende complicatie (1,5%) en ontstaat vaak pas twee weken na sectio. De gemiddelde opname van een kraamvrouw na een sectio is 48 tot 96 uur. Gezien de lage risico's voor complicaties met daarbij de kraamzorg als postnatale zorg in Nederland lijkt het aan te bevelen om de kraamvrouw na een ongecompliceerde primaire sectio binnen 24 uur met ontslag te laten gaan indien zij aan bepaalde voorwaarden voldoet. Daarbij is het aan te bevelen dat de kraamvrouw in de eerste dagen post sectio van een goede pijnmedicatie is voorzien.

Trefwoorden

Sectio caesarea, bevordering van herstel, ERAS, patiënttevredenheid

Summary

The Netherlands has an average rate of caesarean section of 15%. Infection appears to be the most common complication (1.5%) and appears commonly two weeks after section. The average duration of stay following a section is 48 to 96 hours. In view of the low risks of complications, and the routine availability of maternity care assistants at home in the first week following birth in the Netherlands, it is suggested that the mothers and newborns discharged within 24 hours after an uncomplicated primary section. In addition, it is recommended that adequate provision is made for pain relief medication in the post-natal period.

Keywords

Cesarean section, enhanced recovery, ERAS, patient satisfaction

Dankwoord

Wij danken dr. M. Woiski en dr. J. van Dillen, gynaecologen Radboudumc en lokale mentor in het kader van de PA-opleiding te Rotterdam voor hun waardevolle bijdrage.

Contact

A.B. Collignon-Leenders,
audrey.collignon-leenders@radboudumc.nl
H. Munten-van Dijk, hanneke.munten@radboudumc.nl

Belangenverstrengeling

Auteurs verklaren dat er geen sprake is van (financiële) belangenverstrengeling.

De onverwacht verhaakte tweeling

dr. S.M. van der Kooij *gynaecoloog NWZ, locatie Den Helder*

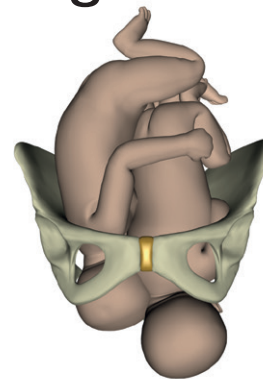
Bij een meerlingzwangerschap ligt de grote meerderheid van de kinderen aan het einde van de zwangerschap in hoofdligging. Bij 80% van de tweelingen ligt het eerste kind met het hoofd naar beneden en bij 60% liggen beide kinderen in hoofdligging. Bij 8% ligt het eerste kind in stuitligging en het tweede kind in hoofdligging; de kans op verhaking met zeer ernstige problemen tijdens de partus bij deze combinatie is waarschijnlijk klein. Wij beschrijven een casus van verhaking bij beide kinderen in hoofdligging. Voor zover wij kunnen nagaan is een dergelijk beloop niet eerder beschreven.

Casus

Mw. S. is een G3P2, zwanger van een bichoriale biamniotische gemelli, waarbij beide kinderen normaal zijn gegroeid en in hoofdligging liggen. Zij is eerder vlot vaginaal bevallen van een gezonde zoon en gezonde dochter bij eenlingzwangerschappen. Bij een amenorroedeuur van 36+6 wordt in de ochtend een Foley catheter in de cervix geplaatst ter priming vanwege een zwangerschapshypertensie. Hierop krijgt zij contracties en raakt ze in partu. Bij 5 centimeter ontsluiting worden om 17.30 uur de vliezen gebroken van kind 1 vanwege weeënzwakte. Om 18.30 uur wordt gestart met bijstimulatie met oxytocine. Om 20.30 uur breken ook spontaan de vliezen van kind 2. Er is helder vruchtwater bij beide kinderen.

Het ontsluitingsbeloop gaat trager dan verwacht voor een vrouw die twee keer heel vlot is bevallen. Maar omdat er wel progressie is en beide kinderen in goede conditie zijn, wordt er afgewacht.

Om 00.00 uur heeft zij volledige ontsluiting en om 00.30 uur ook persdrang. Het caput van kind 1 staat dan op H2 in aav en er wordt om 00.40 uur gestart met persen. Al vrij snel geeft patiënte aan dat zij uitgeput is en zegt het gevoel te hebben dat het niet meer gaat en dat het niet 'past'. Zij wordt gestimuleerd om te persen, en er is gestage progressie. Kind 2 heeft een normaal CTG op dat moment en kind 1 laat ongecompliceerde deceleraties zien. Na 20 minuten persen geeft zij aan echt niet meer te kunnen. Het caput van kind 1 staat dan op H3. De cortonen van kind 1 dalen op dat moment naar 80 bpm. Er wordt besloten tot een vacuümextractie. Na één tractie wordt het caput geboren tot de slapen (os temporale) van het kind en schiet de cup los. Hierna wordt getracht het caput geboren te laten worden, hetgeen niet lukt omdat het kind vast lijkt te zitten. Op dat moment zijn de cortonen van kind 1 gedaald naar 30 bpm. Er wordt inwendig gevoeld, en de schouder van kind 1 blijkt klem te zitten achter het caput van kind 2. Er wordt getracht inwendig de schouder van kind 1 vanuit links weg te roteren langs het caput van kind 2, en er wordt getracht uitwendig via de buik kind 2 omhoog te duwen, zonder het gewenste effect. De cortonen van kind 1 zijn dan nog steeds 30 bpm. Besloten wordt om naar de OK te gaan om onder narcose de kinderen geboren te laten worden via vaginale extractie dan



Illustratie V. Khouw, MSc, VMK Designs

wel sectio. Van beide kinderen wordt het caput opgeduwd, maar hiermee is de situatie plotseling zo anders dat ter plekke direct kind 1 wordt geboren om 1.08 uur met een Apgar score van 5/7/8. Het kind herstelt op de reanimatietafel na vijf insufflatiebeademingen.

Kind 2 wordt vervolgens in hoofdligging zonder problemen geboren om 1.19 uur. De placenta volgt spontaan, vlot en compleet. Mw. heeft in totaal 700 mL gevloeid, er is een forse perineumruptuur tot aan de sfincter die op de verloskamer met lokale anesthesie gehecht wordt. De veneuze bloedgas pH van kind 1 is 7,25 en de BE -12. De arteriële bloedgas pH van kind 2 is 7,15 en de BE -10.

Beschouwing

Achteraf gezien is het atypische verloop van de ontsluiting en de uitdrijving te verklaren door het feit dat beide kinderen tegelijk zijn ingedaald in het bekken. Wellicht is kind 2, door het breken van diens vliezen, zo diep komen te liggen, dat hierdoor de schouder van kind 1 achter het caput van kind 2 kon blijven haken. Hierdoor kon kind 1 niet optimaal indalen.

Achteraf gezien had bij de mislukte vacuümextractie van kind 1 meteen gedacht kunnen worden aan het beschreven scenario en meteen gedacht kunnen worden aan het opdrukken van het caput van kind 1 waarmee de verhaking werd opgeheven. Dit is de zogeheten Zavanelli-manoeuvre waarvan de toepassing bekend is bij de schouderdystocie.¹ Na tocolyse wordt het hoofd in de oorspronkelijke positie gebracht, geflecteerd en opgeduwd in de vagina, doorgaans gevolgd door een spoedsectio. Vanuit de diagnose dat er in deze situatie een mechanische belemmering was en een sectio caesarea mogelijk nodig was werd de manoeuvre ook nu toegepast. In deze situatie bleek deze manoeuvre de mechanische verhoudingen dusdanig te hebben beïnvloed dat alsnog een snelle vaginale bevalling mogelijk bleek. Dit is overigens ook in de situatie van een schouderdystocie soms het beloop.

Referentie

1. *Leerboek Obstetrische interventies*. Redacteuren: P. Joep Dörr, Vincent M. Khouw, Yves Jacquemyn, Frank A. Chervenak, Jan G. Nijhuis. 2010. Uitgeverij: Bohn Stafleu van Loghum



Mieke Kerkhof

Ode aan de tissue

Het was in de dagen dat het nog mocht. Ik bezocht de Sligro en passeerde een gang met toiletartikelen. Plotseling werden mijn ogen naar boven gelokt en zag ik het. Hoog in een stelling. Een enorme hoeveelheid opgestapelde verpakkingen met tissues. Ik mijmerde meteen vooruit... Wie zou de toekomstige koper zijn? Wie zou ze uitdelen? En wie zou ze gebruiken, dit duizend-dingen-doekje van de emotie?

Als ik door het ziekenhuis loop, kijk ik regelmatig een kamer in. De ruimte van de pastorale dienst, het hokje van de maatschappelijk werker, het vertrek van de oncologisch verpleegkundige. Pontificaal op alle tafels staan doosjes met tissues. Om het vocht op te vangen, het resultaat van de plotselinge dooi in de hersenen.* Volgens mij wordt er nergens zoveel gehuild als in het hospitaal, dus het grootschalig aanbieden van tissues van de zaak is een logische handeling.

Onlangs onderzocht ik een vrouw met immatuur gebroken vliezen. Ik stelde de diagnose en ververste het papier van de onderzoeksbank, terwijl zij zich weer in de kleren hees. Toen ik de blauwe vellen afscheurde, signaleerde ik twee natte plekken aan weerszijden van het hoofd en een natte veeg ter plaatse van de billen. Een abstracte expressie van tranen en vruchtwater. Het deed me denken aan de lijkwade van Turijn. Het bewijs van een lijdensweg. De patiënte in kwestie pakte met een ferm gebaar een tissue uit de handdoeken-dispenser in afwachting van verdere counseling.

Als je goed oplet tijdens het spreekuur, wellen er dikwijls tranen op. Onze keuze is hard; negeren we ze om het spreekuur soepel te laten verlopen, of bemerken we ze en geven we een slinger aan de tissuebox, van perifeer naar centraal op het bureau? *That's the question.* 'Hier', zeg ik meestal, 'red even uw mascara.' Vaak verschijnt er dan weer een glimlach.

Tissues. Ze worden in bh's gepropt om het décolleté te verfraaien, of tussen de tenen geschoven tijdens het nagellakken. Ze verwijderen hondenpoep tot in de diepste profiellaag. Bij gebrek aan bierviltjes in de huidige pandemie dienen ze zich aan als notitieblaadjes. Ik zie ze liggen in het bos en op parkeerplaatsen. Of in de badkamer van een hotel. In de groenstroken van pompstations. In crematoria en mortuaria, met een stemmig logo van de uitvaartondernemer erop. Bij het Kruidvat in de rekken met een vrolijk tijgerprintje van Patty Brard.



Het cellulose bestanddeel is extra zacht en de papierpulp superabsorberend. Het materiaal biedt geheel belangeloos zijn diensten aan om allerlei excreta op te vangen. Daarna is het propje uitstekend geschikt om te remodelleren in elke gewenste vorm. Je kan van de hoeken prachtige punten draaien, terwijl de tissue in de palm van de hand blijft liggen. Probeer het gewoon, het geeft rust. Daarna verdwijnt het de handtas in, alwaar het na een reguliere tassanering uiteindelijk in de prullenbak belandt.

Van Sligro naar vuilstort. In de tussentijd heeft de tissue eindeloos veel troost gebracht en vele avonturen beleefd. Een geduldig en integer papiertje. *If only we're brave enough to use it.***

* Joop van Breemen, Nederlands dichter (1908-1989)

** Vrij naar Amanda Gorman, Amerikaans dichter (1998-)

Integrating biomarkers for the individualization of endometrial cancer treatment

Promovendus **dr. Casper Reijnen** | promotor **prof. dr. L.F.A.G. Massuger** | copromotoren **dr. J.M.A. Pijnenborg**, **dr. M.P.L.M. Snijders**, **dr. H.V.N. Küster-Vandevelde** | dinsdag 8 september 2020, Radboud Universiteit

Waar gaat je proefschrift over?

Ik heb onderzoek gedaan naar hoe we de risicoclassificatie van patiënten met een endometriumcarcinoom kunnen verbeteren. In de huidige praktijk worden tumortype en tumorgraad bepaald aan de hand van een biopt en microscopisch onderzoek door een patholoog. Deze informatie gebruiken we om de chirurgische behandeling te bepalen. We hebben onderzocht hoe we deze selectie kunnen verbeteren. Hierbij lag onze focus op immunohistochemische biomarkers die we op het preoperatieve biopt kunnen bepalen. Ook onderzochten we verschillende serummarkers, zoals de tumormarker CA-125. We integreerden al deze biomarkers tot een predictiemodel, dat in de preoperatieve setting gebruikt kan worden om nog nauwkeuriger in te schatten welke vrouwen risico hebben op lymfeklier metastasen. We ontwikkelden dit model, ENDORISK genaamd, in een groep van bijna 800 vrouwen, en valideerden het in twee onafhankelijke groepen.

Welke vraag van de opponent gaf een interessante discussie en wat was je antwoord daarop (of had je achteraf willen antwoorden)?

De vraag waar ik als eerst aan moet denken ging over het belang van patiënt-gerelateerde factoren. Een dergelijk predictiemodel is een heel mooie tool om individuele risico's te berekenen, maar in de counseling van patiënten is het ook belangrijk om patiënt-gerelateerde factoren in ogenschouw te nemen. Factoren zoals leeftijd, BMI en co-morbiditeit zijn belangrijk in de counseling van patiënten en moeten ook worden meegewogen in de beslissing over het type operatie. Tijdens mijn onderzoek is hier niet expliciet aandacht aan besteed, maar ik denk dat het belangrijk is om deze factoren mee te wegen bij het gebruik van het model in de klinische praktijk.



Wat is de belangrijkste les uit je proefschrift voor de dagelijkse klinische praktijk van de Nederlandse gynaecoloog?

Een belangrijke les is het belang van integraal denken. Wanneer we vanuit verschillende perspectieven naar een patiënte kijken en verschillende markers - zowel pathologisch (histologisch, immunohistochemisch) als patiënt-gerelateerd - samen analyseren, krijgen we een nog vollediger beeld van het individuele risico dat een patiënte loopt op uitgebreide ziekte of een slechte uitkomst.

Wat is de meerwaarde van je proefschrift voor de individuele patiënt?

Het model kan bijdragen om zowel de over- als onderbehandeling te verminderen. Wanneer we nog preciezer kunnen selecteren welke patiënten risico lopen op lymfekliermetastasen, kunnen we enerzijds deze patiënten

beter identificeren en behandelen, en anderzijds onnodige lymfeklierchirurgie besparen. Niet alleen stellen we patiënten hiermee niet onnodig bloot aan de morbiditeit van de chirurgie, maar zorgen we er ook voor dat ze dicht bij huis behandeld kunnen worden.

Wat is je voorstel voor vervolgonderzoek?

Om het model in de kliniek te kunnen gebruiken, zullen we inventariseren hoe zorgverleners en patiënten tegen het model aankijken. Om vervolgens met deze informatie de implementatie in de kliniek zo gestructureerd mogelijk te laten verlopen. Als onderdeel van dit vervolgonderzoek zullen we het gebruik van ENDORISK prospectief evalueren. Hierbij zal de focus liggen op de invloed van ENDORISK op de besluitvorming van artsen en uitkomsten van de verbetering in behandeling.

Noem haar naam - op zoek naar een zusje dat er nooit is geweest

dr. Mariëlle van Pampus gynaecologe OLVG, Amsterdam

In het boek *Noem haar naam - op zoek naar een zusje dat er nooit is geweest* beschrijft Jorie Horsthuis de zoektocht naar haar bij de geboorte overleden tweelingzusje.

Als ze een jaar of zes is hoort Jorie van haar moeder dat ze een tweelingzusje heeft, maar ze moet haar moeder beloven dat ze haar naam nooit aan iemand anders vertelt. Haar ouders praatten er zelden over, maar liet haar niet meer los. Eenmaal als een dertiger besluit ze de stilte te doorbreken en op zoek te gaan. Ze wil begrijpen waarom ze zo weinig van haar tweelingzus weet en waarom het zo'n taboe in het gezin is. Ook wil ze een poging doen om woorden te vinden voor haar eigen ongrijpbare verdriet. Dat gaat echter niet zonder slag of stoot, het levert onder andere heftige gesprekken op met haar ouders en broers, maar ze krijgt ook veel steun van hen. Ook gaat ze op zoek door gesprekken met hulp-



verleners uit die tijd aan te gaan, zoals de verloskundige, pastor en gynaecoloog. Tevens bezoekt ze een uitvaartmuseum, crematorium en documenta-

tiecentra. Het levert veel informatie op over allerlei aspecten van doodgeboorte zoals dat toentertijd ging. Haar vader werd aangeraden niet naar begrafenis te gaan, haar moeder heeft het overleden meisje nooit gezien. Daarmee beschrijft ze op boeiende en mooie wijze de ontwikkeling en geschiedenis over hoe we in de loop der tijd gelukkig anders zijn gaan omgaan met verdriet in de geboortezorg. Het boek is een aanrader voor eenieder die werkzaam is in de geboortezorg.

Noem haar naam - op zoek naar een zusje dat er nooit is geweest

Jorie Horsthuis, journalist en politico-
loog

Prijs 21,99 euro

ISBN 9789026338427

Uitgeverij AmbolAnthos

steun ons!

In Nederland worden iedere dag 500 baby's geboren. Dagelijks overlijden vier baby's als gevolg van groeivertraging, vroeggeboorte of aangeboren afwijking. Fonds Gezond Geboren financiert onderzoek om dit onnodige leed te voorkomen. Word donateur via gezondgeboren.nl.



gezond geboren



Kiezen voor een kind met beperkingen

drs. Marcel Zuijderland

Geveugelde termen als 'Designer Disability' en 'Deformer Babies' passeerden de revue. De morele verontwaardiging loog er niet om na de publicatie in 2002 van een interview door Liza Mundy van de *Washington Post* met Sharon Duchesneau. In het interview vertelde Duchesneau dat ze opzettelijk van een kind met een gehoorbeperking zwanger had willen worden.

Sharon Duchesneau en haar partner Candy McCullough zijn beiden doof. Ze hadden een kinderwens en wilden dat het kind net als zij ook doof zou zijn. Omdat het koppel lesbisch is, waren ze op donorsperma aangewezen. Zoals te verwachten viel, hadden de vruchtbaarheidsklinieken geen sperma ingevroren van donoren met een genetische aanleg voor gehoorbeperkingen. Uiteindelijk vonden ze iemand met zo'n erfelijke aanleg binnen hun 'dovengemeenschap' die bereid was zijn sperma voor de verwekking van een doof kind af te staan. Na zelfinseminatie werd Duchesneau zwanger.

Ten tijde van het interview in de *Washington Post* was Duchesneau inmiddels bevallen van een zoon: Gauvin, inderdaad doof. In het interview zei ze dat ieder kind welkom was geweest, maar dat de komst van een doof kind hen nog meer zou hebben verheugd: 'A hearing baby would be a blessing. A deaf baby would be a special blessing.' Zoals gezegd, de publieke verontwaardiging na de publicatie was niet gering. De opvatting dat je niet met opzet kinderen met een beperking in de wereld mag brengen werd breed gedragen: 'Dat kan je een kind toch niet aandoen!', 'Dat is niet eerlijk tegenover het kind.' Iedereen was het erover eens dat zorgverleners hier nooit aan mee moesten werken. Reproductieve technieken zijn er om koppels en vrouwen met een onvervulde kinderwens te helpen, niet om ze te helpen kinderen met beperkingen te selecteren.

Duchesneau en McCullough vonden dat veto onrechtvaardig. Ze meenden dat ze door zo'n verbod feitelijk werden gediscrimineerd vanwege hun seksuele voorkeur. Volgens hen zou een vruchtbaar heteroseksueel koppel met dezelfde aanleg geen strobreed in de weg worden gelegd als het kinderen wilde. Alleen omdat zij vanwege hun seksuele oriëntatie bemiddeling behoeven om zwanger te worden, werd hun de wens voor een 'special blessing' ontzegd. Tegen hun redenering kan worden ingebracht dat de expliciete wens voor een doof kind van een onvruchtbaar heteroseksueel koppel waarschijnlijk ook niet zou worden ingewilligd. Daarnaast is er een wezenlijk verschil tussen bewuste selectie voor een kind met beperkingen en een vruchtbaar koppel dat vanwege erfelijke aanleg risico loopt op de geboorte van een kind met beperkingen.

Daarmee is de zaak niet afgedaan. De publieke morele verontwaardiging was namelijk gebaseerd op de veronderstelling dat het koppel Gauvin wat had aangedaan door het doof op de wereld te zetten. Probleem met die veronderstelling is echter dat Gauvin niet anders dan doof geboren had kunnen worden. En horende 'Gauvin' zou een ander kind dan de dove Gauvin zijn geweest. Voor Gauvin waren er maar twee keuzes in het universum beschikbaar: een doof bestaan of geen bestaan. In de regel vinden we 'geen bestaan' alleen verkiesbaar als het alternatief ondraaglijk en uitzichtloos lijden is. Gauvin is inmiddels in de twintig. Ik vermoed niet dat hij zijn leven liever had willen missen vanwege zijn gehoorbeperking.

In de academische ethiek was dit type probleem al zo'n twintig jaar voor de geboorte van Gauvin signaleerd door Derek Parfit. Hij noemde het het 'non-identity' probleem. Dat staat voor het idee dat een kind met aangeboren beperkingen niet slechter af is dan het anders zou zijn geweest. Als in plaats

van het kind met beperkingen een kind zonder beperkingen wordt geselecteerd om te gaan bestaan, dan zal dat altijd een ander, niet-identiek kind zijn. Je kan weliswaar beweren dat je moet kiezen voor het kind met de betere kwaliteit van leven, omdat iedere keuze die meer welzijn oplevert superieur is aan elke keuze die minder oplevert, maar je kan niet beweren dat het voor die ene persoon zonder beperkingen beter is te gaan bestaan, dan het voor die andere persoon met beperkingen zou zijn. Ook al zal zijn bestaan wellicht minder kwaliteit van leven kennen dan het bestaan van de ander, voor beiden is dat ene bestaan het beste bestaan dat er voor hen mogelijk is.

De ethische implicatie van het *non-identity* probleem is verontrustend. Het zou betekenen dat iedere reproductieve keuze in principe moreel aanvaardbaar is, zolang het maar niet tot de verwekking van kinderen leidt waarvan het lijden ondraaglijk en uitzichtloos is. Deze gedachte ondermijnt iedere rechtvaardiging van het aanbod van prenatale screening. Waarom zou je op beperkingen screenen als je iemand niets aandoet wanneer het met onvermijdelijke beperkingen wordt geboren? Het *non-identity* probleem zet ook de deur open naar omstrede technieken zoals klonen en kiembaanmodificatie. Zolang de vraag 'was het dan beter om niet geboren te worden' met een ontkenning kan worden gepareerd, is er in principe weinig tegen zulke dubieuze reproductieve keuzes in te brengen.

Duchesneau en McCullough motiveerden hun keuze overigens niet met een beroep op het *non-identity* probleem. Vanwege het intra-academische karakter van het probleem, waren ze er waarschijnlijk ook niet mee bekend. Ze verdedigden hun keuze vanuit de overtuiging dat een gehoorbeperking geen lagere kwaliteit van leven impliceert. Vanuit hun perspectief was doofheid



©marcjanjanssen.com

allerminst een beperking. Een doof bestaan was in hun ogen even rijk en vervuld als een horend bestaan. Voor hen is een doof leven niet een minder, maar gewoon een ander leven, en in bepaalde opzichten zelfs een rijker leven. Hun visuele beleving kent meer variatie en betekenis dan van horende mensen, en ze maken deel uit van een unieke dovencultuur met een eigen taal, traditie en identiteit. Ze beweerden zelfs dat een kind met gehoor eerder beperkt zou zijn in hun gemeenschap dan een kind zonder.

Met die verdediging beriepen Duchesneau en McCullough zich op een argument dat rond de jaren 70 in de kring van de *disability rights movement* was geformuleerd. In die periode lieten veel groepen van zich horen met verzet tegen de gevestigde orde en de traditionele rol- en verwachtingspatronen. De *disability rights movement* wilde breken met de gangbare opvatting dat je met beperkingen per definitie 'ziek' bent en zonder beperkingen altijd beter af zou zijn. Deze kritiek werd later in de context van prenatale screening bekend als het zogenaamde *expressivist* bezwaar. Van het aanbod van screening

wou een discriminatoir signaal uitgaan naar mensen met een beperking. Een praktijk die de geboorte van 'hun soort' voorkomt, suggereert immers dat de huidige personen met een beperking dan maar beter ook niet geboren hadden kunnen worden. Die suggestie is pijnlijk, maar dubbel zo pijnlijk met de zuivering van het *lebenunwertes Leben* in het achterhoofd.

Zijn het *non-identity* probleem en het *expressivist*' bezwaar nu typisch van die vraagstukken waar alleen filosofen zich druk om maken? Die indruk maakt het enigszins. Althans, wanneer de intuïtie om niet moedwillig kinderen met beperkingen op de wereld te zetten zo evident is, dan kun je je afvragen waarom je de redelijkheid van het tegendeel zou overwegen. En toch maak je je er ook te makkelijk van af door het als een typisch filosofenprobleem te diskwalificeren. Zo'n diepe kloof tussen intuïtie en rede geeft namelijk te denken. Het roept de ongemakkelijke vraag op of onze morele overtuigingen niet veel sterker met ons gevoel dan met ons verstand zijn verbonden. In dat geval moeten we aanvaarden dat de morele verontwaardi-

ging over de keuze van Duchesneau en McCullough onredelijk of irrationeel was. Maar als we dit irrationele karakter van onze morele oordelen weigeren te aanvaarden, dan gebiedt de rede om coulance voor hun keuze te betrachten. Paradoxaal genoeg lijkt de keuze voor onredelijkheid me dan het redelijkst.

De auteur

Marcel Zuiderland (zuid.nl) is wetenschappelijk docent bij Amsterdam UMC, locatie VUMC, afdeling Ethiek, Recht & Humaniora. Hij schrijft geregeld voor NRC en Trouw. Voor het NTOG levert hij bijdragen op het vlak van bio- en medische ethiek.

De cartoonist

Marc-Jan Janssen (marcjanjanssen.com) is gynaecoloog-oncoloog en verbonden aan Medisch Spectrum Twente. Marc-Jan heeft altijd een potlood en een schetsboek bij zich. Heeft zichzelf tekenen geleerd. Zijn cartoons zijn te zien op de site van BNN/VARA www.joop.nl en in verschillende tijdschriften, waaronder het NTOG.

Hart & Hormonen - Fit de overgang in

dr. Selma Mourad *deelredactie Gynaecologie*

Dr Janneke Wittekoek, cardioloog Heartlife Klinieken en drs. Dorenda van Dijken, gynaecoloog OLVG West, schreven samen het boek *Hart & Hormonen - Fit de overgang in*. In de persoonlijke introductie - waarin we leren dat de één alles kan eten wat ze wil en de ander een strijd levert om op gewicht te blijven - wordt al duidelijk dat de gezondheid van de Nederlandse vrouw de beide dames na aan het hart gaat.

Ze zien het als een noodzaak en persoonlijke missie om vrouwen te activeren zelf wat aan hun gezondheid te doen rondom en na de overgang, door taboes te doorbreken en de overgangsfase aan te grijpen als een kans om patronen te veranderen en het heft in eigen hand te nemen. Zoals Wittekoek en van Dijken stellen: 'Onze missie is dan ook om ernstige overgangsklachten te zien als een serieus gezondheidsvraagstuk en niet als iets puur lichameelijks 'wat er nou eenmaal bij hoort.'

Het boek heeft een prettig (nachtkastjes)formaat en een vriendelijk rustige lay-out met grijze en rode steunkleuren waarin lange lappen tekst vermeden worden door de tekst te doorspekken met tips, samenvattingskaders, illustraties, beweeg- en dieettips en al dan niet smeulige oneliners ('Seks in de overgang: use it or loose it', 'Het managen van stress is belangrijker voor je hart dan welke boter je op je brood smeert').

De toon van het boek is bovenal positief ('Het is echt mogelijk om van iets wat nu misschien nog negatief lijkt, iets positiefs te maken') en benadrukt de intentie van de auteurs samen met de lezer op te trekken naar een betere gezondheid.

In een vlotte schrijfstijl waarin beide auteurs zich expliciet tot de lezers wenden, geven ze achtergrondinformatie



over de menopauze en hart- en vaatziekten, en hoe deze beide entiteiten elkaar kunnen beïnvloeden. Feiten en fabels over de menopauze, HRT, cardiale gezondheid, risicofactoren en contra-indicaties passeren de revue. Biologische feiten worden uitgelegd aan de hand van heldere illustraties en opvallend weinig cijfers. Daarbij worden telkens manieren aangegeven om klachten en risico's te beïnvloeden door lifestyle, gedrag, mindset en soms aanbevelingen om medische interventies of andere hulp te zoeken.

De adviezen zijn vaak praktisch toepasbaar voor elk type vrouw en verrassend no-nonsense: gebruik lijstjes, houd een dagboekje bij als je denkt dat er een patroon zit in je klachten, beweeg 30 minuten per dag, liefst buiten.

Het lezerspubliek wordt rechtstreeks en amicaal aangesproken met 'je' en onnodig formeel taalgebruik wordt vermeden. Deze stijlkeuze benadrukt dat de auteurs zich met de lezer vereenzelvigen en wekken de indruk alsof ze een gesprek met vriendinnen aangaan. Mogelijk moeten lezers hieraan wennen of wekt het irritatie op

('Zolang je er nog bent om te klagen, mag je niet klagen', 'Poeh! Dat is een heel rijtje van klachten'). Hetzelfde geldt voor het veelvuldig gebruik van uitroeptekens en de soms wat algemene oneliners: 'De mens is meer dan een som van organen!', 'Laat altijd bloed prikken bij je huisarts', 'Je bent als patiënte zoveel meer dan een bloedwaarde'. Wat ondergetekende en haar beknopte huiskamerpanel betreft had dit niet per se hoeven, maar het is een keuze die een andere doelgroep misschien juist aanspreekt.

Het boek sluit af met twee praktische hoofdstukken: 'Hormoontherapie ja of nee' bespreekt de voor- en nadelen en (contra-)indicaties van HRT en in 'Fitplan voor je vijftigste' staan voeding en bewegen ('excuses verbranden geen calorieën') centraal.

Waarom zouden we dit boek in de spreekkamer moeten aanraden? Ten eerste omdat het vrouwen een genuanceerdere kijk geeft op de overgang: het is meer dan alleen een fase met hinderlijke symptomen. Ten tweede omdat het nadrukkelijk een positieve inslag heeft en de mogelijkheden benadrukt dat je je gezondheid zélf kunt beïnvloeden. Aan het woord 'zelfhulpboek' kleven de nodige vooroordelen, maar *Hart & Hormonen* motiveert vrouwen om zichzelf niet langer als lijdend voorwerp te zien, maar om regisseur te worden van deze nieuwe levensfase. Dit maakt het boek een belangrijke aanvulling op de door-gaans toch beperkte tijd, en soms expertise, in de spreekkamer van gynaecologen en huisartsen.

Hart & Hormonen - Fit de overgang in
Janneke Wittekoek en
Dorenda van Dijken

Prijs 20,- euro
ISBN 9789492798787
Uitgeverij Lucht

Pregabaline: wel of niet tijdens de zwangerschap?

C.M. Hazelhoff MSc *apotheker*

S. Vorstenbosch MSc *projectleider*

drs. L. de Vries *arts*

Allen Moeders van Morgen, Bijwerkingencentrum Lareb, Den Bosch

Een 28 weken zwangere vrouw is onder controle. Ze kampt met neuropathische pijn en bezoekt daarvoor een pijnteam. Dit team stelt pregabaline voor als behandeloptie. De voorkeursmiddelen zijn reeds geprobeerd en hadden niet het gewenste effect. Wat nu?

Gebruik van pregabaline in het algemeen

Pregabaline is een anti-epilepticum dat wordt toegepast bij focale epilepsie, neuropathische pijn en gegeneraliseerde angststoornissen.¹ In de periode 2006-2016 is het aantal gebruikers van pregabaline bijna verdrievoudigd. In 2016 gebruikten 160.000 personen (mannen en vrouwen, alle leeftijden) het middel voor één van deze indicaties.²

Wat is er bekend over pregabaline tijdens de zwangerschap?

Blootstellingen eerste trimester

Tien, veelal kleine, studies beschrijven blootstelling aan pregabaline tijdens de zwangerschap.³⁻¹² Bij ongeveer 2450 eerste trimester blootstellingen werd gekeken naar aangeboren afwijkingen. De studies waren niet eenduidig. Een goede risico-inschatting is hierdoor nog niet te maken.

In twee prospectieve studies met totaal 507 zwangerschappen ziet men geen verhoogd risico op aangeboren afwijkingen.^{7,10} Een prospectieve cohortstudie met 164 blootstellingen toont wél een overall verhoogd risico (6% versus 2,1% in de controlegroep).⁹ Er was geen patroon wijzend op een embryopathie. Een verhoogd risico op cardiale defecten, in het bijzonder coarctatio aortae, is niet uitgesloten.^{4,6,8} Coarctatio werd vijf keer gezien, waarvan vier keer in een grote databasestudie (OR 5,8, 95% CI 1,6-14,9).⁴ Dit betrof een studie naar 1671 zwangerschappen met

pregabaline uitgegeven tussen één maand voor en twee maanden na het begin van de zwangerschap.

Blootstellingen kort voor de partus

In de meeste studies was het onduidelijk of pregabaline na het eerste trimester werd voortgezet. In één caseserie werden dertien blootstellingen tot aan de bevalling beschreven.⁹ In deze studie waren bij vijf neonaten complicaties, waaronder ademhalingsproblemen (drie keer), onthoudingsverschijnselen (één keer) en een sleutelbeenfractuur. Andere factoren speelden (deels) een rol hierbij.

Langetermijneffecten

Ook de langetermijneffecten zijn onvoldoende onderzocht. Eén studie op de uitgiftedatabase met 1627 blootstellingen tijdens de zwangerschap toont geen verhoogd risico op ontwikkelingsstoornissen ten opzichte van lamotrigine.³ Aangezien het centrale zenuwstelsel zich de gedurende hele zwangerschap verder ontwikkelt, zijn dergelijke effecten ook niet uitgesloten na blootstellingen na het eerste trimester.

Zijn er alternatieven?

Bij de behandeling van neuropathische pijn anders dan trigeminusneuralgie gaat de voorkeur uit naar een tricyclisch antidepressivum (TCA; amitriptyline of nortriptyline).¹ Met beide midde-

len is ruime ervaring bij het gebruik tijdens de zwangerschap. Daarnaast laten studies geen eenduidig verhoogd risico op aangeboren afwijkingen zien.¹³ Bij onvoldoende werking of bijwerkingen, wordt gekozen voor gabapentine of pregabaline.¹

Wat is de praktijk?

In de periode 2005 tot heden zijn er in Nederland in totaal 25 zwangerschappen met een blootstelling aan pregabaline gerapporteerd in het kader van de internationale EURAP-studie. Sinds 2014 verloopt de dataverzameling hiervan via Moeders van Morgen. Bij dertien zwangerschappen werd het middel toegepast voor de indicatie chronische pijn en bij twaalf zwangerschappen voor de indicatie epilepsie. De totale dagdosering varieerde van 75 tot 600 mg per dag. Bij elf zwangerschappen werd pregabaline gebruikt gedurende de gehele zwangerschap. Omdat er weinig literatuur beschikbaar is over gebruik van pregabaline tot de bevalling, zijn dit waardevolle gegevens.

Wat nu?

Omdat de patiënte in het derde trimester van haar zwangerschap is, wordt er geen verhoogd risico op structurele afwijkingen verwacht. Er is onvoldoende bekend om een goede inschatting te maken van langetermijneffecten.

Moeders van Morgen

Moeders van Morgen is de nieuwe, overkoepelende naam van het zwangerschapsregister pREGnant en de kennisbank van de Teratologie Informatie Service (TIS). Moeders van Morgen is het kenniscentrum van Lareb op het gebied van het gebruik van geneesmiddelen rondom de zwangerschap. Met het zwangerschapsregister wordt kennis opgedaan doordat zwangere vrouwen hun geneesmiddelgebruik middels vragenlijstonderzoek delen (www.moedersvanmorgen.nl). De kennisbank bestaat uit een informatieve website (www.moedervanmorgen.nl/kennisbank) alsmede telefonische counseling voor zorgverleners op dit onderwerp (073 64 69 702).

moeders van morgen

Mocht in samenspraak gekozen worden voor een behandeling met pregabaline, dan wordt aangeraden om na de bevalling te monitoren op onthoudings- en toxische verschijnselen.⁹ Attendeer de vrouw op het belang van deelname aan Moeders van Morgen om bij te dragen aan gegevens over het gebruik van pregabaline in het derde trimester.

Referenties

1. Farmacotherapeutisch Kompas. *Indicatie-tekst neuropathische pijn*. 2020; Available from: https://www.farmacotherapeutisch-kompas.nl/bladeren/indicatieteksten/neuropathische_pijn.
2. SFK. *Anti-epileptica niet alleen bij epilepsie*. 2020; Available from: <https://www.sfk.nl/publicaties/PW/2017/anti-epileptica-niet-alleen-bij-epilepsie>.
3. Blotiere PO, et al., *Risk of early neurodevelopmental outcomes associated with prenatal exposure to the antiepileptic drugs most commonly used during pregnancy: a French nationwide population-based cohort study*. *BMJ Open*, 2020. 10(6): p. e034829.
4. Blotiere PO, et al., *Risks of 23 specific malformations associated with prenatal exposure to 10 antiepileptic drugs*. *Neurology*, 2019. 93(2): p. e167-e180.
5. Margulis AV, et al., *Relation of in-utero exposure to antiepileptic drugs to pregnancy duration and size at birth*. *PLoS One*, 2019. 14(8): p. e0214180.
6. Mostacci B, et al., *Adverse pregnancy outcomes in women exposed to gabapentin and pregabalin: data from a population-based study*. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 2018. 89(2): p. 223-224.
7. Patorno E, et al., *Pregabalin use early in pregnancy and the risk of major congenital malformations*. *Neurology*, 2017. 88(21): p. 2020-2025.
8. Kallen B, Reis M, *Ongoing Pharmacological Management of Chronic Pain in Pregnancy*. *Drugs*, 2016. 76(9): p. 915-924.
9. Winterfeld U, et al., *Pregnancy outcome following maternal exposure to pregabalin may call for concern*. *Neurology*, 2016. 86(24): p. 2251-2257.
10. Veiby G, et al., *Fetal growth restriction and birth defects with newer and older antiepileptic drugs during pregnancy*. *Journal of Neurology*, 2014. 261(3): p. 579-588.
11. Kilic D, et al., *Birth outcomes after prenatal exposure to antiepileptic drugs-A population-based study*. *Epilepsia*, 2014. 55(11): p. 1714-1721.
12. Shah J, et al., *Case reports of pregnancies in pregabalin clinical studies*. *Epilepsia*, 2009. 50(suppl 10): p. 113.
13. Lareb. *Tricyclische antidepressiva tijdens de zwangerschap*. 2020; Available from: <https://www.lareb.nl/tis-knowledge>



Antwoorden Gynfeud 2

Antwoord op vraag 1: b is goed.

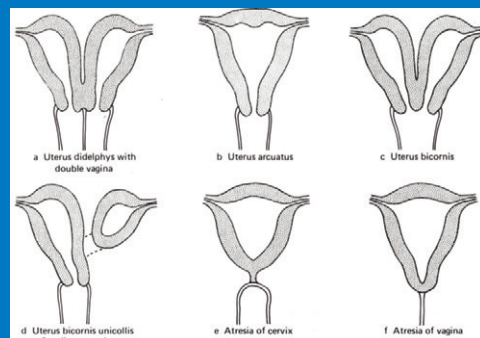
Uterus is van de 2e declinatie, mannelijk, dus het meervoud is uteri.

Antwoord op vraag 2: d is goed.

Uterus bicornis. Bicornis is een bijvoeglijk naamwoord eindigend op -is, meervoud is -es.

Antwoord op vraag 3: a is goed. Uteri bicornes

P.m. Arcuatus is een bijvoeglijk naamwoord eindigend op -us en niet op -is zoals bicornis en unicollis. Meervoud uteri arcuati.





Zuurstof voor moeder bij intra-uteriene resuscitatie?



dr. Floor Vernooij & dr. Rafli van de Laar
redacteurs

Maternale hyperoxygenatie is een van de meest bediscussieerde intra-uteriene resuscitatie technieken.^{1,2} Hoewel het in sommige landen standaard wordt gebruikt, is er een gebrek aan wetenschappelijk bewijs over de effecten en de mogelijk schadelijke bijwerkingen van deze behandeling bij verdenking op foetale nood.^{3,4}

Daarom is de INTEREST O2-studie opgezet, een single center randomized controlled trial die tussen 2016 en 2018 is uitgevoerd in Máxima MC.⁵⁻⁷ De primaire uitkomstmaat was de verandering in het foetale hartslagritme na aanvang van de studie. Er was gekozen voor deze surrogaatuitkomstmaat voor foetale conditie aangezien er voor een onderzoek om een verschil in neonatale morbiditeit aan te tonen een studiepopulatie van meer dan 10.000 vrouwen nodig is.² Immers, als er geen positief effect gezien wordt op het foetale hartslagpatroon is een dusdanig grote studie niet te verantwoorden. Secundaire uitkomstmaten waren Apgar Score, navelstrengbloedgasanalyse, vrije zuurstofradicalen, wijze van bevalling en bijwerkingen.

Er werden 117 vrouwen geïncludeerd met een suboptimaal of abnormaal CTG (geclassificeerd volgens FIGO-classificatie) tijdens de uitdrijvingsfase van de bevalling. Er werd gerandomiseerd tussen de controlegroep (zonder extra zuurstof) en de interventiegroep waarbij maternale hyperoxygenatie werd toegepast middels een non-rebreathing masker met 100% zuurstof op 10L/minuut voor tenminste 10 minuten. Er werd een significante verbetering gezien in de interventiegroep wat betreft FIGO-classificatie en de hartslagvariabiliteit (gemeten middels phase-rectified signal averaging (PRSA)). De duur en diepte van deceleraties was niet significant verschillend tussen de interventiegroep (2,3% afname van deceleraties) en de controlegroep (10,0% toename van deceleraties). Er werden geen negatieve bijwerkingen gezien van maternale hyperoxygenatie, met name geen daling van pH in navelstrengbloed of toename van vrije zuur-

stofradicalen. In de subgroepanalyse met patiënten met een abnormaal CTG werd significant minder vaak een episiotomie op foetale indicatie verricht. De positieve effecten in de interventiegroep zijn niet veroorzaakt door co-interventies, aangezien het gebruik hiervan gelijk was in beide groepen. De INTEREST O2-studie is de eerste RCT die het effect van maternale hyperoxygenatie op het foetale hartslagpatroon onderzoekt bij verdenking op foetale nood tijdens de uitdrijvingsfase van de bevalling. De resultaten laten zien dat deze behandeling mogelijk een gunstig effect heeft op neonatale uitkomst, zonder schadelijke bijwerkingen. Een grotere studie gepowereerd op neonatale uitkomsten is nodig om harde aanbevelingen te kunnen doen voor het gebruik van deze therapie in de praktijk.

S. Moors

Referenties

- Garite TJ, Nageotte MP, Parer JT. Should we really avoid giving oxygen to mothers with concerning fetal heart rate patterns? *Am J Obstet Gynecol.* 2015;212(4):45-60, 459.e1. doi:10.1016/j.ajog.2015.01.058 [doi]
- Hamel MS, Anderson BL, Rouse DJ. Oxygen for intrauterine resuscitation: of unproved benefit and potentially harmful. *Am J Obstet Gynecol.* 2014;211(2):124-127. doi:10.1016/j.ajog.2014.01.004 [doi]
- Fawole B, Hofmeyr GJ. Maternal oxygen administration for fetal distress. *Cochrane database Syst Rev.* 2012;12:CD000136. doi:10.1002/14651858.CD000136.pub2 [doi]
- Bullens LM, van Runnard Heimel PJ, van der Hout-van der Jagt MB, Oei SG. Interventions for Intrauterine Resuscitation in Suspected Fetal Distress During Term Labor: A Systematic Review. *Obstet Gynecol Surv.* 2015;70(8):524-539. doi:10.1097/OGX.0000000000000215 [doi]
- Bullens LM, Hulsenboom ADJ, Moors S, et al. Intrauterine resuscitation during the second stage of term labour by maternal hyperoxygenation versus conventional care: Study protocol for a randomised controlled trial (INTEREST O2). *Trials.* 2018;19(1). doi:10.1186/s13063-018-2567-x
- Moors S, Bullens LM, van Runnard Heimel PJ, et al. The effect of intrauterine resuscitation by maternal hyperoxygenation on perinatal and maternal outcome; a randomized controlled trial. *Am J Obs Gynecol MFM.* 2020;2:100102.
- Moors S, Joshi R, Bullens LM, et al. A randomized controlled trial studying the effect

of maternal hyperoxygenation on fetal heart rate in suspected fetal distress. *Physiol Meas.* 2020 Dec 11;41(11):115002. doi: 10.1088/1361-6579/abc0b6.

Meer prolaps na laparoscopische of na vaginale hysterectomie?

Hysterectomie is een bewezen risicofactor voor het ontwikkelen van een prolaps. Of de route van de hysterectomie uitmaakt voor de kans op prolaps, is voor het eerst onderzocht in de Nederlandse POP-UP studie.⁸

Patiënten met een vaginale of laparoscopische hysterectomie in de periode 1996-2004 werden uitgenodigd voor een vragenlijstonderzoek en een POP-Q onderzoek. In de vragenlijst werd informatie gevraagd over bekkenbodemplakten (PFDI-20), urogynaecologische voorgeschiedenis en risicofactoren voor prolaps. Het POP-Q onderzoek werd uitgevoerd door een arts-assistent of gynaecoloog die geblindeerd was voor de route van hysterectomie.

Deelnemers werden ingedeeld in drie groepen om een adequate vergelijking te maken: de LH groep (laparoscopische hysterectomie), de VH-1 groep (vaginale hysterectomie, indicatie niet-prolaps) en de VH-2 groep (vaginale hysterectomie vanwege prolaps).

Van de 706 geschikte vrouwen werden 406 vragenlijsten teruggestuurd en deden er 247 vrouwen mee aan het POP-Q onderzoek. De mediane follow-up duur sinds hysterectomie is zestien jaar.

In alle resultaten werd dezelfde trend gezien. De prevalentie van onder andere een anatomische prolaps (gedefinieerd als stadium 2 of hoger), een vaginatoprolaps en prolapschirurgie waren niet verschillend tussen de vrouwen van de LH-groep en van de VH-1 groep. Maar vrouwen met een vaginale hysterectomie vanwege prolaps (de VH-2-groep) hadden op elk vlak een significant hogere prevalentie dan de andere twee groepen.

De prevalentie van een prolaps was 62% voor de gehele populatie en 84% in de VH-2 groep. Slechts 11% van de vrouwen had een prolaps met daarbij bulgingsklachten. Andere bekkenbodemplakten kwamen vaker voor. De

prevalentie van vaginatoprolaps was 13%; in de LH-groep 4,4%, in de VH-1 groep 5,8% en in de VH-2 groep 23%. Met deze studie is meer inzicht verkregen in de lange termijn prevalentie van prolaps na hysterectomie. Het risico op prolaps is niet afhankelijk van de operatietechniek. Maar prolaps als indicatie voor hysterectomie is wel een belangrijke risicofactor voor een recidief.

Carolien Vermeulen, Joggem Veen, Caroline Adang, Sanne van Leijssen, Anne-Lotte Coolen, Marlies Y. Bongers

Referentie

8. Vermeulen CKM, Veen J, Adang C et al. *Pelvic organ prolapse after laparoscopic hysterectomy compared with vaginal hysterectomy: the POP-UP study*. Int Urogynecol J. 2020 Nov 10.

Predictiemodel vaginale baring na eerdere sectio gevalideerd

Vrouwen die zwanger worden na een eerdere sectio, moeten volgens de huidige NVOG-richtlijn gecounseld worden over de keuze in partusmodus. Informatie over de persoonlijke kans van een patiënte op een vaginale baring kan een belangrijke rol spelen in de besluitvorming. Het is tevens een voor-speller voor het risico op complicaties, omdat de kans op morbiditeit toeneemt bij een secundaire sectio.

Schoorel et al. ontwikkelde een predictiemodel voor de kans op vaginale baring in een Nederlandse populatie.⁹ In een studie van Vankan et al. werden de effecten onderzocht van een keuzehulp voor de partusmodus na eerdere sectio waaraan dit predictiemodel is toegevoegd.¹⁰ Het toepassen van de keuzehulp leidde tot een gelijk aantal vaginale baringen. Er was echter een betere risicoselectie, omdat vrouwen die kozen voor een trial of labour hier ook vaker in slaagden. Vrouwen voelden zich daarnaast meer betrokken bij de uiteindelijke besluitvorming. Het predictiemodel bevat zes voorspellers voor een vaginale baring: BMI, eerdere vaginale baring, eerdere sectio wegens niet vorderende baring, Kaukasische ras, een geschat gewicht van het kind

boven de 90^{ste} percentiel en een inleiding van de baring in de huidige zwangerschap.

Om het predictiemodel definitief te kunnen gaan toepassen in de Nederlandse praktijk moest het eerst extern worden gevalideerd. In een recent gepubliceerde prospectieve cohortstudie in twaalf Nederlandse ziekenhuizen werden 586 vrouwen geïncludeerd die een poging tot vaginale baring wensten na eerdere sectio caesarea.

Het daadwerkelijke aantal vaginale baringen werd vergeleken met het voorspelde aantal vaginale baringen door het predictiemodel. Hieruit bleek dat het predictiemodel een goed onderscheidend vermogen had met een area under the curve van 0,73 (CI 0,69-0,78). De gemiddelde voorspelde kans op een vaginale baring volgens het predictiemodel was 70,3% (range 33-92%). Het daadwerkelijk percentage vaginale baringen was 71,7%. Bij een lage kans op vaginale baring is er enige overschatting door het model, waar er tevens onderschatting is bij een hoge kans op vaginale baring. Dit onderzoek toont aan dat het predictiemodel adequaat presteert in een Nederlandse populatie en toegepast kan gaan worden in de dagelijkse praktijk als onderdeel van de counseling. Patiënten krijgen hiermee voorlichting op maat en de betere risicoselectie kan leiden tot betere maternale en neonatale uitkomsten.

De keuzehulp met het predictiemodel is inmiddels door een implementatiestudie toegepast in een groot aantal Nederlandse ziekenhuizen, waarbij de effecten op de partusmodus en maternale en neonatale morbiditeit worden geëvalueerd.

External validation of a prediction model on vaginal birth after caesarean in a The Netherlands: a prospective cohort study. J Perinat Med. 2020 Nov 5.

Namens de SIMPLE-studiegroep: Emy Vankan, Sander van Kuijk, Jan Nijhuis, Robert Aardenburg, Friso Delamarre, Carmen Dirksen, Ivo van Dooren, Simone Kuppens, Anneke Kwee, Josje Langenveld, Ellen Schoorel, Luc Smits, Rosella Hermens, Liesbeth Scheepers

Referenties

9. Schoorel EN, van Kuijk SM, Melman S, Nijhuis JG, Smits LJ, Aardenburg R, de Boer K, Delemarre FM, van Dooren IM, Franssen MT, Kaplan M, Kleiverda G, Kuppens SM, Kwee A, Lim FT, Mol BW, Roumen FJ, Sikkema JM, Smid-Koopman E, Visser H, Woiski M, Hermens RP, Scheepers HC. *Vaginal birth after a caesarean section: the development of a Western European population-based prediction model for deliveries at term*. BJOG. 2014 Jan;121(2):194-201; discussion 201. doi: 10.1111/1471-0528.12539.
10. Vankan E, Schoorel E, van Kuijk S, Nijhuis J, Hermens R, Scheepers H; SIMPLE study group. *The effect of the use of a decision aid with individual risk estimation on the mode of delivery after a caesarean section: A prospective cohort study*. PLoS One. 2019 Sep 26;14(9):e0222499. doi: 10.1371/journal.pone.0222499.

